F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

ANNEE 1967 N° 950

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

-Diplôme d'Etat-

par

Christian GOSSE
né le 29 Decembre 1939 à Ouistreham (Calvados)
EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Presentée et soutenue publiquement le

LA COELIOSCOPIE DANS LA STERILITE
A propos de 75 coelioscopies faites au cours d'un bilan de stérilité

ooo

Président: M. LEPAGE, Professeur.

ooo

F A C U L T E DE M E D E C I N E DE P A R I S

ANNEE 1967 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T EN M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Christian G O S S E

né le 29 Décembre 1939 à Ouistreham (Calvados)

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Présenté et soutenue publiquement le

LA COELIOSCOPIE DANS LA STERILITE
à propos de 75 coelioscopies faites au cours d'un bilan de stérilité

ooo

Président : M. LEPAGE, Professeur

ooo

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546604_0098

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud(A.) Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.),Levy (Mlle J.) Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R. Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Pièdelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN. . . . . Georges BROUET

1er ASSESSEUR. . . . . Daniel BARGETON

2me ASSESSEUR. . . . . Jean GOSSET

I- PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires:

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
–	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
–	POLONOVSKI (J.)
–	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALLEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
–	DOGNON (A.)
–	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
– –	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
–	KUSS (R.)
–	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
–	BRICAIRE (H.)
–	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
–	LECHAT (P.)

	MM.
Physiologie	BARGETON (D.)
–	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie medicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie experimentale	N...
Therapeutique	LAMOTTE (M.)
Therapeutique appliquee	N...

b)Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bacteriologie	BARBIER P.
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / SCHERRER (J.) / KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Physique médicale	ROUCAYROL (J.-Cl.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires:

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
– – (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales : Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales : –	BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales : Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales : Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales : Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales : Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales : Tenon	OLIVIER Cl.)
Clinique chirurgicale orthopedique et traumatologie (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
– – – (Foch)	PADOVANI (P.)
– – – (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopedique (Enfants Malades)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	LATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des Maladies des enfants (Enfants Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpetrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique medicales : Bicêtre	DEPARIS (M.)
Clinique medicales : Broussais	MILLIEZ (P.)
Clinique medicales : Cochin	N...

Cliniques médicales (Hôtel Dieu)	BARIETY (M.)
Cliniques médicales (Pitié)	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales (Saint-Antoine)	CONTE (M.)
Cliniques médicales (Saint-Antoine)	KOURILSKY
Cliniques médicales (Saint-Antoine)	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANCON(L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Clinique obstétricales (Baudelocque)	LACOMME (M.)
Clinique obstétricales (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
- - (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St Vincent de Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de Neuro-Psychiatrie infantile (Salpétrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochinà	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpétrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié)	RAMBERT (P.)
- - (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel:

Hématologie	ANDRE (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFYS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)

	MM.
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.) ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.) COURSAGET (J.)
		Physique médicale	GREMY (F.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)		
Hématologie	BILSKI-PASQUIER(G.)	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.

Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV.- PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie ..... MORICARD (R.)

Statistique médicale et émidémiologique..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J.)

Conseiller administratif ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P.) LAURENT (H.) LE NOIR G.)

Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J.) FORGET (F.)
Mlles DUROZOY (M.F) ROBERGE (D.)
Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

Avec toute mon affection

A ma Femme

A notre fils Philippe

Témoignage de mon amour profond

A toute ma Famille

A mes Amis

à Monsieur le Professeur François LEPAGE

Professeur de Physiologie et de Pathologie Obstétricales
à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre vive gratitude.

à Monsieur le Professeur LACOMME

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux

qui nous a fait découvrir et aimer l'obstétrique,

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A notre Maître, Monsieur le Docteur Guy LE LORIER,

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Qui, nous accueillant avec bienveillance dans son Service pendant un an comme Externe, puis comme Interne faisant fonction, nous a enseigné la rigueur et la sagesse dans la pratique obstétricale et nous a inspiré ce travail.

Nous le prions de trouver ici le témoignage de notre plus vive gratitude et de notre plus respectueuse admiration.

A tous ceux qui furent nos Maîtres

au cours de notre Externat

au Docteur J.Y. LONGUET

au Professeur Agrégé J.J. BERNIER

au Professeur Agrégé BLANCHER

au Docteur TRICOT

au Professeur André MEYER

au Docteur NETTER

en hommage respectueux.

P L A N

I- INTRODUCTION -
- Généralités
- Définition de la coelioscopie
- Rappel historique
- Technique utilisée

II- INTERET DE LA COELIOSCOPIE DANS LA STERILITE -
- Définition de la stérilité
- Indications de la coelioscopie dans la stérilité rebelle
- Place de la coelioscopie dans le bilan de la stérilité
- Intérêt de la coelioscopie dans le diagnostic étiologique de la stérilité.

a- interprétation des images

b- étiologie de la stérilité

III- OBSERVATIONS -

1°- Stérilités primaires

2°- Stérilités secondaires

IV- COMMENTAIRES -

1°- Etude statistique

2°- Etude comparative

V- CONCLUSION -

VI- BIBLIOGRAPHIE -

°°°

INTRODUCTION

GENERALITES -

La stérilité rebelle, après une étude clinique sérieuse, voit son bilan diagnostic complété utilement par une coelioscopie.

En effet, celle-ci met en valeur l'aspect des trompes, les lésions utérines, les gros ovaires kystiques, et révèle parfois une annexite tuberculeuse ou une endométriose.

Elle permet d'ailleurs d'associer, soit une insufflation utéro-tubaire pendant la coelioscopie, soit une instillation de bleu de méthylène que l'on voit se répandre dans le peritoine par le pavillon.

Ayant précisé l'aspect des lésions, la coelioscopie permet soit de refuser une intervention qui aurait toute chance d'être inefficace donc inutile, soit d'orienter la patiente vers la thérapeutique médicale ou chirurgicale la mieux adaptée.

On ne peut tout demander à la coelioscopie. Elle ne doit, en tous cas, être mise en oeuvre qu'après un diagnostic clinique sérieux, longuement pensé, et un bilan correctement établi.

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier 75 coelioscopies faites au cours d'un bilan pour stérilité dans les services de gynecologie et d'obstétrique du Professeur Lacomme à la Maternité Baudelocque, et du Docteur Le Lorier à l'Hôpital Rotschild, de Janvier 1966 à Juin 1967.

Parmi les cas étudiés, nous relevons 45 cas de stérilité primaire et 30 cas de stérilité secondaire.

Nous analyserons les avantages présentés par la coelioscopie dans l'étude de la stérilité en comparant ses résultats avec ceux déjà obtenus à l'hystérosalpingographie et l'insufflation utéro-tubaire.

°°°
°

DEFINITION DE LA COELIOSCOPIE

La coelioscopie est l'endoscopie de la cavité abdominale préalablement distendue par un pneumo-péritoine artificiel.

Elle peut être réalisée, soit à travers la paroi abdominale antérieure (coelioscopie transparietale), soit à travers le cul de sac postérieur du vagin (coelioscopie transvaginale).

La coelioscopie transpariétale est la plus couramment pratiquée en France et c'est cette méthode que nous avons utilisée pour notre étude.

°°°

RAPPEL HISTORIQUE -

La méthode générale est ancienne. Elle date de 1901 (expérience de Kelling à Hambourg sur le chien).

Elle a été appliquée à l'homme par Jacobeus, de Stockholm, en 1910. Renon proposait la méthode en France vers 1913.

Enfin, Decker, de New-York, découvrait en 1944 la technique transvaginale et Palmer, en France, vulgarisait la méthode.

Son application en gynécologie, et en particulier pour l'étude de la stérilité, est récente (Palmer 1943).

°°°

TECHNIQUE UTILISEE -

Dans notre étude, nous avons utilisé la méthode transpariétale avec insufflation gazeuse de la cavité abdominale au gaz carbonique.

Nous employons l'appareil de Drapier avec éclairage selon le dispositif universel pour endoscopies de Fourestier et Vulmiere.

Nous utilisons le coelioscope de Palmer à optique directe, qui permet, en outre, de fixer les aspects observés par des photographies.

Enfin, l'appareil créant le pneumo-péritoine est l'insufflateur de Bonnet qui permet en outre, pendant l'intervention, de pratiquer éventuellement une insufflation kymographique.

Pour déplacer l'utérus et l'amener en antéversion ou en élévation-antéversion, nous utilisons la canule intra-utérine de Riazi-Palmer que nous solidarisons avec la pince de Pozzi agrafée sur le col utérin.

La pratique de la coelioscopie nécessite un long apprentissage. En effet, si elle est venue au cours des deux dernières decennies s'ajouter à l'hystérosalpingographie et à l'insufflation utéro-tubaire dans l'etude de la stérilité, elle est habituellement pratiquée après elles.

Et s'il n'est plus besoin de mettre ses merites en relief, il faut sans doute rappeler qu'elle ne vaut que par celui qui la pratique et qui doit avoir un entraînement suffisant.

C'est une exploration non banale, qui doit être pratiquée par un chirurgien gynécologue entraîné, "celui-là même, dit Palmer, qui aura à effectuer la laparotomie si elle s'avère utile".

Les renseignements fournis par la coelioscopie sont égaux à ceux que fournirait une laparotomie exploratrice et ceci à moindres frais avec une immobilisation de 36 heures à 3 jours, (si l'on fait une biopsie ou une section d'adhérences) sans guère de cicatrice visible, avec un risque moindre et pas de suites douloureuses.

La coelioscopie montrera si une intervention chirurgicale ultérieure est indiquée et valable, ou s'il faut lui préférer un traitement médical (cas de la tuberculose annexielle) ou l'abstention de la cure de la stérilité.

Il existe deux contre-indications classiques à la coelioscopie:
a) l'existence d'une cicatrice abdominale antérieure ayant porté sur l'étage sous-ombilical et qui majore les risques de blessure viscerale, lors de l'introduction du trocart.
b) la notion de péritonite ancienne ou actuelle qui aurait pu donner lieu à des adhérences péritonéales.

Ces contre-indications étant observées, la technique doit être parfaite de façon à éviter les complications opératoires toujours possibles bien que rares:

- accidents du pneumo-péritoine: perforation d'une anse lors de la ponction; emphysème sous-cutané,surtout chez les obèses, que l'on reconnaît à l'apparition d'une crépitation caractéristique à la palpation; embolie gazeuse en cas d'injection d'air dans un vaisseau; enfin, la douleur scapulaire dans les suites si l'évacuation du pneumo-péritoine a été incomplète.
- accidents propres à la coelioscopie abdominale: perforation d'un viscère creux par le trocart imposant la laparotomie d'urgence; hémorragies par blessure des vaisseaux épigastriques.

Manoeuvres associées à la coelioscopie.

- L'utilisation d'un palpateur, introduit dans une fosse iliaque, en dehors des vaisseaux épigastriques, permettra de mobiliser les organes pelviens (et en particulier trompes, ovaires, et pavillons) de façon à voir ces organes dans leur intégralité.
- L'injection colorée utéro-tubaire de 5 à 10 ml de bleu de méthylène à deux pour mille. Si la trompe est oblitérée au pavillon, l'ampoule tubaire apparaît distendue par le bleu. Si la trompe est bien perméable, le bleu s'écoule largement par le pavillon.

S'il y a sténose du pavillon, il y a passage pauvre et distension de l'ampoule. S'il y a passage pauvre sans distension de l'ampoule, il faut compléter par une insufflation kymographique.

- L'insufflation utéro-tubaire kymographique fournit un tracé indiquant le degré de résistance au passage. Quand la trompe est normalement perméable, on la voit frémir pendant le passage gazeux et les bulles viennent éclater dans le pavillon. Quand la trompe est oblitérée au pavillon, elle se distend.

- La biopsie de l'ovaire (qui doit être réservée à des mains très entraînées) permet d'affirmer par exemple une sclérose ovarienne corticale de type Stein-Leventhal.

- La biopsie tubaire, sur l'extrêmité du pavillon, prenant l'épaisseur de la paroi, permet parfois de reconnaître une tuberculose génitale latente même à l'observation physique.

- La section d'adhérences au cours de la coelioscopie est possible soit par le coelioscope lui-même, soit par un cauther introduit par une autre voie.

- Enfin, les ponctions de kystes fonctionnels, de pratique facile, peuvent traiter certaines dystrophies et éviter une intervention.

o°o

INTERET DE LA COELIOSCOPIE DANS LA STERILITE

DEFINITION DE LA STERILITE -

La stérilité est l'impossibilité pour une femme de devenir enceinte.

Cette stérilité peut être primaire s'il n'y a jamais eu de grossesse. Elle peut être secondaire, si après une ou plusieurs grossesses (et quelle qu'en ait été l'évolution) la femme ne parvient pas à redevenir enceinte lorsqu'elle le désire.

On considère généralement qu'un couple est stérile lorsque, contrairement à son désir, il n'y a pas eu de grossesse après deux ans au minimum de rapports normaux sans contraception.

Nous avons fait nôtre cette définition de la stérilité pour notre étude.

°°°

INDICATIONS DE LA COELIOSCOPIE DANS LA STERILITE REBELLE.

La stérilité represente l'indication la plus fréquente de la coelioscopie. (R. Palmer):

1°- Dans les cas d'obstruction tubaire, pour lesquels on discute la légitimité d'une intervention chirurgicale.

Si la stérilité est le seul motif d'une laparotomie éventuelle, l'intervention n'est guère justifiée que si l'on peut espérer faire soit une implantation tubo-utérine, soit une salpingostomie sur la partie externe de la trompe; l'implantation tubo-utérine n'est efficace que si le reste de la trompe, le pavillon et l'ovaire sont sains; or, en cas d'obstruction tubaire interne, il n'en est ainsi que dans un tiers des cas environ. La salpingostomie sur la partie externe de la trompe n'aura de bonnes chances de succès que s'il n'y a pas trop d'adhérences et s'il ne s'agit pas d'une tuberculose méconnue. L'indication de la coelioscopie, sans être aussi évidente que dans le premier cas, est souvent nette.

2°- Dans les cas obscurs où la perméabilité n'est que peu ou pas diminuée à l'insufflation et à l'hystérographie, mais où les antécédents ou les données du toucher font soupçonner néanmoins des adhérences, ou encore une endométriose comme facteurs possibles de cette stérilité.

3)- Il y a enfin le problème de l'ovulation et de sa date, auquel la coelioscopie peut apporter sa contribution. Il serait toutefois imprudent d'affirmer l'anovulation parce qu'on a pas vu de corps jaune en phase prémenstruelle, car il n'est pas toujours facile d'affirmer qu'on a exploré complétement les deux faces et les deux pôles des deux ovaires.

°°°

PLACE DE LA COELIOSCOPIE DANS LE BILAN DE LA STERILITE -

Dans l'étude de la stérilité, la coelioscopie présente un grand intérêt pour deux raisons fondamentales:

a) les causes d'infécondité peuvent être nombreuses, souvent intriquées, parfois même réparties chez les deux partenaires. Ainsi, le fait de trouver une cause à la stérilité doit de toute évidence entraîner la thérapeutique appropriee mais également faire rechercher une autre cause et ceci, jusqu'à épuisement des moyens d'investigation.

b) les explorations dont nous disposons ont toutes de grandes insuffisances. La coelioscopie permet donc, dans une certaine mesure, d'y pallier.

Quelle est la place de la coelioscopie parmi ces nombreux examens?

Il peut paraître superflu de demander à la coelioscopie des renseignements qui peuvent nous être apportés très simplement par les deux explorations classiques dont les qualités ne sont plus à démontrer, à savoir: l'insufflation utéro-tubaire et l'hystérosalpingographie.

Il est évident que ces examens de base doivent être exécutés en premier lieu. En effet, l'ordre n'est pas indifférent et doit tenir compte de la valeur d'orientation des diverses explorations et surtout du degré d'agressivité croissante, en commençant par les plus anodins pour terminer par les plus importants et les plus pénibles.

Ainsi donc l'ordre généralement observé est le suivant:

- la courbe thermique: Elle donne une idée générale du cycle; elle est monophasique (dans les cycles anovulatoires) ou diphasique, et permet de mieux fixer les différentes périodes d'exploration.
- le test post-coïtal: Fait en période ovulatoire ou supposée telle, il permet de juger de l'état du col, de la valeur de conduction de la glaire cervicale, et aussi de noter le nombre et le degré de mobilité des spermatozoïdes. (Il pourra être complété par un spermogramme du partenaire dans les cas douteux.)
- l'examen cyto-hormonal d'endomètre: Il apprécie les qualités du récepteur utérin tant du point de vue hormonal que trophique.

- l'insufflation utéro-tubaire: Elle nous renseigne sur la perméabilité ou l'imperméabilité tubaire.
- l'hystérosalpingographie: Opacifiant l'utérus et les trompes, elle permet de juger tant de la morphologie de la cavité utérine que de la perméabilité tubaire, et de fixer le siège d'une éventuelle sténose.

Toutes ces explorations ne doivent être pratiquées qu'après un interrogatoire minutieux suivi d'un examen clinique complet, et l'assurance par les examens de laboratoire, qu'aucune infection latente ne vient contre-indiquer formellement ces examens para-cliniques.

La coelioscopie doit donc être l'examen final complètant les données des explorations antérieures dont les résultats ne donnent pas toujours les renseignements que l'on attendait d'eux. En effet:

- la courbe thermique est parfois difficilement interprétable; si elle est schématique, elle ne représente qu'un test hormonal diphasique (plutôt qu'un test approximatif d'ovulation), dont l'interphase coïncide en général avec la période d'ovulation.
- le test post-coïtal doit être, pour être valable, fait en période ovulatoire.
- l'examen cyto-hormonal d'endomètre n'est un test hormonal que d'une façon relative, étant tributaire du récepteur utérin. Les dosages hormonaux ne peuvent juger que très approximativement de l'état glandulaire et ils n'ont d'intérêt que dans certains cas bien particuliers.
- l'insufflation utero-tubaire est souvent source d'erreurs (fuites de l'appareillage, passage gazeux cervical, spasmes de l'ostium utérinum)
  Seule la douleur scapulaire peut être considérée comme un vrai test de perméabilité tubaire.

- l'hysterosalpingographie n'est pas non plus sans défauts.
  Les images utérines sont parfois difficilement interprétables.
  (Malformations congénitales et lésions acquises peuvent donner des images semblables; des petits myomes déformant les contours ne sont pas toujours retrouvés par la clinique; l'absence d'imprégnation tubaire correspond soit à un spasme, soit à une obturation de la corne; les images suspendues péritubaires peuvent être dues à des lésions du pavillon ou à des adhérences péritonéales; des images typiques de tuberculose génitale ou d'endométriose ne sont pas toujours retrouvées à l'intervention).

La coelioscopie s'avère donc dans tous ces cas un complément fondamental.

.°.

INTERET DE LA COELIOSCOPIE DANS LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DE LA STERILITE -

A- INTERPRETATION DES IMAGES -

Elle nécessite une longue expérience anatomo-chirurgicale.

Les résultats de la coelioscopie seront d'autant plus nombreux et fructueux que l'examen aura été méthodique.

Il faut apprécier le volume des organes étudiés en se rappelant qu'à une distance supérieure à 5 cm, les organes sont rapetissés alors que vus d'une distance trop faible, ces mêmes organes paraissent agrandis.

Dans l'ordre d'exploration et quelle que soit l'étiologie retenue antérieurement, on examinera successivement: l'utérus (fond utérin, faces, cornes), les ligaments utéro-ovariens, les ovaires, les trompes (portions isthmique , ampullaire et infundibulaire), les ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés, le cul de sac de Douglas, enfin le péritoine recouvrant les organes voisins (en tenant compte en particulier de l'aspect vasculaire).

Il faut faire, au terme de l'exploration coelioscopique, un schema qui fixera ainsi la vue générale du pelvis examiné et permettra de noter les anomalies retenues.

- l'utérus:

  Il est parfois vu en rétroversion; la coelioscopie nous aidera à en connaître l'étiologie (adhérences péri-annexielles rétractiles, endométriose ou encore gros utérus bloqué par son volume...)

  On peut noter des bosselures de taille variable sur les faces utérines, correspondant à des fibromes interstitiels ou encore voir des fibromes sous-péritonéaux pédiculés des faces ou du fond utérin confirmant le diagnostic et donc, éliminant une tumeur solide de l'ovaire ou une annexite.

  Une anomalie congénitale sera mieux appréciée, la coelioscopie permettant de mesurer la profondeur de séparation des deux hémi-utérus.

  Au niveau des cornes, des nodules que l'hystérographie n'avait pu révéler peuvent être perçus.

- les ovaires:

Ils sont appréciés dans leur volume (par rapport à l'utérus), leur forme, leur aspect, surtout en phase ovulatoire.

a) Normalement blanc-bleutés, ils ont la forme et la taille d'une amande avec des bosselures et des dépressions cicatricielles. A l'approche du jour de l'ovulation, on voit une ou plusieurs saillies d'aspect kystique, translucide, du volume d'une cerise, apparaître à la surface de l'ovaire. Parfois, le follicule prend un aspect congestif, parfois fraichement rompu, il forme une saillie hémisphérique déprimée en son centre avec un petit caillot. Enfin, en phase lutéale, le corps jaune se présente comme une bosselure hemisphérique hypervascularisée, orangée en son centre. Souvent, on voit nettement les cicatrices de corps jaune (corpus albicans).

b) On constate parfois la présence de kystes de volumes divers, depuis de simples aspects microkystiques jusqu'à de gros kystes sereux parfois plus gros que l'ovaire lui-même; d'autres fois, endométriose ovarienne avec gros ovaire piqueté de granulations noirâtres caractéristiques.

Dans certains cas, c'est l'aspect bien typique de la sclérose ovarienne du type Stein-Leventhal avec gros ovaires blancs et lisses.

Enfin parfois, péri-ovarite, séquelle fréquente de salpingo-ovarite, des voiles membraneux encapsulant l'ovaire, le faisant adhérer au ligament large et mettant ainsi un obstacle à l'ovulation et surtout à la captation de l'ovule par le pavillon tubaire.

- les trompes:

La portion isthmique, étroite, se dirige en bas et en dehors en décrivant un arc de cercle qui l'amène en dehors du pôle proximal de l'ovaire.

La portion ampullaire, plus large, décrit quelques sinuosités contre la face externe de l'ovaire.

Enfin, la portion infundibulaire pend au-dessus du pôle distal de l'ovaire auquel elle est réunie par la frange de Richard.

Parfois on constate la présence de nodules olivaires à l'origine de la portion libre de la trompe alors que celle-ci est normalement perméable.

Les parois des trompes peuvent sembler épaisses, nettement congestives.

Un hydrosalpinx peut gonfler la trompe sur une partie de la portion distale de son trajet. Lorsqu'il est important, l'hydrosalpinx avait été décelé à l'hystérographie; à la coelioscopie, la trompe paraît distendue, ses parois sont minces et parfois translucides et une plastie sur un tel matériau semble bien précaire. Un petit hydrosalpinx, dit ouvert, n'est souvent décelé qu'à la coelioscopie.

A l'hystérographie, des images vasculaires trop faciles, un trajet tubaire en chapelet, des cavernules sont hautement évocateurs de tuberculose génitale. En fait, rien n'est formel et la constatation visuelle des lésions nodulaires ou adhésives est beaucoup plus importante. On décrit quatre aspects différents:

. la forme nodulaire avec des bosselures jaunâtres de la trompe.

. la forme miliaire avec un semis de granulations blanchâtres sur une trompe, semis qui peut s'étendre à l'autre trompe, à l'utérus, et au péritoine voisin.

. la forme adhésive avec une annexe noyée dans les adhérences oedemateuses et congestives mais avec quelques granulations miliaires.

. Enfin, la salpingite banale (séquelle).

La biopsie associée peut apporter des preuves formelles de tuberculose génitale.

- les pavillons tubaires:

Normalement, le pavillon apparaît comme une corolle à moitié ou aux trois quarts ouverte, aux pétales rouges, dentelés, l'un d'eux plus long et plus grand suspend le pavillon à l'ovaire, c'est la frange de Richard. Souvent appendue au voisinage du pavillon se trouve une petite vésicule translucide: l'hydatide de Morgagni.

B- ETIOLOGIE DE LA STERILITE -

Parmi les différents facteurs de stérilité, tubaire, utérin et ovarien, le premier est certainement celui qui justifie au maximum une exploration coelioscopique.

1- Stérilité d'origine tubaire.

L'endoscopie est toujours associée à une injection intra-tubaire de bleu de méthylène et vient compléter les examens essentiels que sont l'insufflation et l'hystérosalpingographie.

- L'obturation siège au niveau de la corne utérine.
  Lorsque insufflation et salpingographie ont établi que l'imperméabilité tubaire siégeait à l'ostium uterinum, la coelioscopie précisera les chances d'une intervention (en effet, celle-ci ne doit être tentée avec quelque chance de succès que si la moitié externe de la trompe et le pavillon sont sains et libres; et si l'ovaire est libre lui aussi). Or, sur l'ensemble des obturations de la corne utérine, 30% seulement correspondent à des cas favorables. La coelioscopie aura donc ainsi évité environ 70% de laparotomies inutiles.
- L'obturation siège au niveau du pavillon.
  Lorsqu'il existe une obturation complète de l'ostium abdominale, lorsque l'hydrosalpinx est constitué , le rétablissement de la perméabilité n'a de chances de succès que dans certaines conditions. Il ne doit pas y avoir de lésions inflammatoires de la paroi tubaire (en particulier tuberculeuse), d'endométriose; l'ovaire ne doit pas être noyé en même temps que la trompe dans un magma d'adhérences.
  La découverte de granulations au cours de la coelioscopie pourra entraîner une biopsie tubaire et on aura parfois la surprise de trouver des follicules tuberculeux à l'examen histologique. Là encore, la coelioscopie aura pu éviter le recours à une intervention inutile. Assez souvent, les explorations classiques révèlent une obturation partielle du pavillon. A la radio, la substance opaque diffuse mal et, à l'insufflation, la perméabilité n'apparaît qu'à une pression élevée.

La coelioscopie fera renoncer temporairement à une intervention si on découvre des lesions inflammatoires evolutives. Dans les autres cas, elle permettra de proposer une salpingostomie si l'orifice tubaire n'est reduit qu'à un simple pertuis à travers lequel s'invaginent les franges tubaires.

Parfois le pavillon, plongeant dans le fond du pelvis, est isolé de l'ovaire par un pseudo-sac d'adherences peritonéales; dans ce cas, le pavillon, bien que légèrement permeable, ne peut plus capter l'ovule. La fécondation ne deviendra possible qu'après salpingolysis.

- Il peut exister enfin une discordance apparente des épreuves classiques.

Une courbe de passage normale à l'insufflation peut se voir tandis qu'à l'hystérographie il y a absence de diffusion de la substance opaque au delà du pavillon. Ces cas correspondent souvent à une hyperplasie de la muqueuse tubaire et la coelioscopie confirmera l'intégrité du pavillon et contre-indiquera une salpingostomie inutile.

Dans d'autres cas, la courbe d'insufflation étant normale, c'est au niveau de la corne uterine que la salpingographie pouvait faire croire à une obturation. C'est là que l'injection de bleu de méthylène,au cours de la coelioscopie, établira l'origine spasmodique de la pseudo-obturation.

II- Stérilité d'origine utérine ou ovarienne -

Si la coelioscopie est indispensable pour compléter le bilan d'une stérilité tubaire, elle donne souvent de précieux renseignements dans les stérilités en rapport avec une anomalie utérine ou ovarienne.

- une malformation utérine sera bien explorée par la coelioscopie qui complètera l'hystérographie et permettra de juger des possibilités opératoires.

En cas de dualité de la cavité utérine reconnue à l'hystérographie, la coelioscopie permettra de dire s'il s'agit d'un véritable utérus double (comportant deux canaux mulleriens indépendants) ou d'un utérus cloisonné (par la non disparition de la zone d'accolement des deux canaux primitifs).

Dans l'uterus double, type didelphe, les deux hémi-utérus sont bien individualises, tandis que dans l'utérus septus, la morphologie externe est normale.
Dans les uterus bicornes, il existe sur le fond utérin un sillon médian plus ou moins profond.
Une retro-déviation sans obturation tubaire chez une femme stérile fera rechercher à la coelioscopie des adhérences péri-utéro-annexielles (leur presence justifiant une libération chirurgicale).
La découverte de myomes interstitiels au voisinage des cornes peut entraîner une compression intra-murale, facteur de stérilité.

- L'exploration des ovaires renseignera sur le nombre de follicules faisant saillie à la surface, leur degré de maturation, l'aspect du dernier corps jaune. Elle dépistera d'éventuelles dystrophies, cause fréquente de stérilité par troubles de l'ovulation (qu'il s'agisse de l'ovaire blanc, lisse, augmenté de volume comme dans le syndrome de Stein-Leventhal, ou encore de la dégénérescence sclero-kystique.

- La dernière indication de la coelioscopie concerne les couples chez lesquels les différentes explorations n'ont trouvé aucune explication à la stérilité malgré la répétition des examens. On a parfois la surprise de découvrir des anomalies morphologiques des trompes, des adhérences péri-ovariennes, ou encore une endométriose recente et latente.

La coelioscopie n'est pas en mesure de résoudre tous les problèmes étiologiques; elle a neanmoins le grand mérite de nous renseigner facilement sur l'état du petit bassin.

o o o

OBSERVATIONS

I- STERILITES PRIMAIRES -

• Observation n° 1 -

Madame T..., 30 ans, mariée depuis 6 ans, consulte en Septembre 1965 pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 14 ans. Cycles 28 jours/3-4 jours. avec dysmenorrhee.
  Mari: spermogramme normal
- Hystérographie: cavité utérine en antéversion, irrégulière et hypertrophique; imperméabilité tubaire bilatérale.
- Coelioscopie (Mars 1966): utérus normal; ovaire droit mal vu car encapuchonné par la trompe; petit kyste séreux sur l'ovaire gauche. Trompe gauche: pavillon non vu; bleu à droite diffusant dans le péritoine.
- Intervention (Février 1967) pour libération d'adhérences, à la vessie d'une part et entre ovaire et trompe droite d'autre part.

• Observation n° 2 -

Madame D..., 27 ans, mariee en 1964, consulte en Janvier 1966 pour métrorragies et stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 12 ans. Irrégularités menstruelles et obésité post-pubertaire.
- Hystérosalpingographie: utérus devié à gauche avec images de polypes intra cavitaires. Opacification tubaire bilatérale sans passage péritonéal.
- Coelioscopie (Janvier 1966): utérus et ovaires normaux. Trompes et pavillons non vus. Pas de polype fibreux constaté.
  Pas de passage du bleu à forte pression.
  Un curetage ramène de larges débris muqueux sans polype.
- Malgré 5 séances d'hydrotubation, plusieurs insufflations montrent une courbe de sténose.
- Intervention (Septembre 1966): tubo-plastie bilatérale.

. Observation n° 3 -

Madame M..., 29 ans, mariée depuis 9 ans, entre dans le service en Novembre 1963 pour sterilité primaire depuis 6 ans.-

- Antécédents: premières règles à 14 ans mais spaniomenorrhée et cycles irréguliers. Deux épisodes d'aménorrhée (d'un an en 1962, et de 6 mois en 1963).
- 1° coelioscopie (Novembre 1963): utérus normal, trompe gauche normale jusqu'au pavillon; trompe droite moniliforme au niveau de l'ampoule. Les ovaires sont augmentés de volume, recouverts d'une coque fibreuse blanchâtre (en un point cependant existe une arborisation vasculaire). Epreuve au bleu: passage bilatéral.
- A la suite de la coelioscopie, on fait une épreuve de stimulation-freinage qui montre un virilisme ovarien. Par ailleurs, les F.S.H. sont normaux.
- 1° intervention: (janvier 1964) Résection bilatérale des ovaires correspondant aux 3/4 de la glande; l'histologie confirmera le diagnostic de syndrome de Stein-Leventhal.
- Hystérosalpingographie (1965): passage bilatéral.
- Deux insufflations (1965): courbes de sténose.
- 2° coelioscopie (janvier 1966): (car la stérilité semble alors plus tubaire qu'ovarienne; il existe en effet un bon décalage thermique). Uterus normal; ovaires paraissant fonctionnels surtout le gauche. Les trompes et les pavillons sont le siège de réactions inflammatoires. Epreuve au bleu: negative à gauche; faiblement positive à droite à forte pression.
- 2° intervention (Janvier 1966): libération d'adhérences à droite et salpingostomie ampullaire gauche.

. Observation n° 4 -

Madame N..., 33 ans, mariée depuis 15 ans, consulte en février 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: Rhumatisme articulaire aigü à 25 ans.
  premières règles à 14 ans; cycles 28 jours/2-3 jours; oligoménorrhée.
  Mari: spermogramme normal.

- Hystérosalpingographie: passage à droite seulement
- Examens: biopsie d'endomètre normale
  décalage thermique normal.
- Insufflations: pas de passage.
- Coelioscopie (Fevrier 1966): normale. Ligaments utero-sacrés non vus. Le bleu passe des deux côtes.

. Observation n° 5 -

Madame R..., 32 ans, mariée depuis 10 ans, consulte en Février 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 13 ans; cycles 30-40 jours/4 jours avec oligoménorrhée.
  Cuti négative.
  Ablation de polypes de l'endocol en Juin 1964 et Septembre 1965.
  Mari: spermogramme normal.
- Insufflation: passage bilatéral
- Examens: Courbe thermique diphasique.
  Biopsie d'endomètre: déséquilibre oestrogène - projestérone(1963)
  Une nouvelle biopsie d'endomètre (1966) montre un polype utérin avec reaction inflammatoire exsudative non spécifique.
  Frottis vaginaux classe II.
- Hystérosalpingographie: image tubaire lacunaire.
- Coelioscopie (février 1966): utérus de volume normal, parsemé de nodules blanchâtres; trompes normales des 2 côtés; pavillons intacts; ovaires fonctionnels.
  Epreuve au bleu: passage bilatéral.
- Un traitement par Lyndiol est institué en Juillet-Aout 1966. Dernières règles le 23 Octobre. Grossesse normale et accouchement en Août 1967.

. Observation n° 6 -

Madame B..., 28 ans, mariée depuis 7 ans, consulte pour stérilité primaire.

- Antécédents: cycles 30 jours/4 jours.
  Lobectomie superieure droite en 1963 à la suite d'une tuberculose.
  pulmonaire traitée medicalement pendant 20 mois en 1962 et 1963.
  Mari: oligo-asthenospermie; après traitement, le spermogramme est normal.

- Hystérosalpingographie: à gauche, injection tubaire des 2/3 internes de la trompe avec des zones de rétrécissement; pas d'injection tubaire droite (images évoquant une tuberculose génitale).
- 1° coelioscopie (Mars 1966): nodules blanchâtres au niveau du corps utérin; nodule blanc gros comme une olive, au départ de la trompe gauche qui se termine par un hydrosalpinx. Nodule blanchâtre sur la trompe droite avec hydrosalpinx; le pavillon est obturé.
  Aspect succulent des lésions évoquant une tuberculose génitale.
  Biopsie d'endomètre: structure folliculinique pure sans éléments inflammatoires tuberculeux.
  On institue un traitement par Rimifon et Trécator pendant 6 mois.
- 2° coelioscopie (Septembre 1966): on ne note pas de grosses modifications.
  Il existe un double hydrosalpinx.
  A droite: nombreuses adhérences et ovaire non vu.
  A gauche: ovaire porteur d'un corps jaune.
  Peu de granulations retrouvées; liquide citrin dans le douglas.
  Epreuve au bleu négative des deux côtes.
  Les lesions se sont tout à fait stabilisées.

. Observation n° 7-

Madame B..., 32 ans, mariée depuis 10 ans, consulte en Mai 1966 pour stérilité primaire depuis 6 ans.

- Antécédents: virage de cuti au Lycée
  Premières règles à 11 ans 1/2; cycles 30-35/3 jours.
- Il s'agit d'une patiente dont la stérilité avait déjà été explorée par le Professeur Varangot en 1960. L'hystérographie montrait un utérus normal et des trompes normales avec passage péritoneal.
  La coelioscopie (1960) montrait des ovaires blancs et gros. Une décortication alors conseillée à la malade est refusée.
  Les dosages hormonaux étaient normaux. Une biopsie d'endométre montrait au 43° jour du cycle un aspect correspondant au 15°/16° jour normal.
  Un traitement par Prednisone amène alors une régularisation des cycles.
  Des inseminations intra-cervicales ont ete tentées sans succès.

- Actuellement: Le spermogramme du mari est normal
  Courbe thermique diphasique.
  Dosages hormonaux satisfaisants.
  Glaire cervicale abondante mais test de Hühner positif pauvre.
- hystérographie: trompes perméables.
- Coelioscopie: (Avril 1966) Utérus normal de petite taille; trompes et pavillons sont sains
  A droite: ovaire augmenté de volume, très irrégulier.
  A gauche: ovaire plus lisse, à surface légèrement cloquée.
  Le bleu passe des 2 côtes.

. Observation n° 8 -

. Madame M..., 21 ans, mariée depuis 3 ans, consulte en Mai 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 16 ans 1/2; cycles irréguliers: 21/38 jours pendant 2-3 jours.
  Douleurs pelviennes permanentes avec dyspareunie .
  Salpingite (1965) traitée à Cochin.
  Virage de cuti à 13 ans 1/2 (traité par Rimifon)
  Cystite avec rétention d'urine en 1964
  Appendicectomie à 13 ans ayant marqué le début des douleurs pelviennes.
- La malade est mise en Avril 1966 à un traitement antituberculeux.
- Examens: la courbe thermique est diphasique.
  numération globulaire, vitesse de sédimentation, et biopsie d'endomètre sont normales.
- Hystérosalpingographie: trompes filiformes. Hydrosalpinx bilatéral.
  Images diverticulaires pouvant faire suspecter une injection vasculaire.
- Coelioscopie (Mai 1966): Utérus et ovaires normaux. Trompes moniliformes, blanchâtres, avec hydrosalpinx bilatéral et adhérences coiffant les pavillons.

. Observation n° 9 -

Madame H..., 28 ans, consulte en Juin 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: Psoriasis à l'âge de 6 ans.
  Appendicectomie en 1961.
  Premières règles à 18 ans; cycles irréguliers avec périodes d'aménorrhée.

- Examens: Toucher vaginal: utérus normal mais on perçoit 2 gros ovaires.
  Courbe thermique monophasique.
  Absence de réponse aux gonadotrophines.
  Test de Hühner normal.
- Hystérographie: normale
- Coelioscopie (Juin 1966): Pavillon gauche masqué par des adhérences
  Il existe 2 gros ovaires;
  On fait une biopsie de l'ovaire gauche (histologie: ovarite scléro-kystique).

. Observation n° 10 -

Madame G..., 24 ans, consulte en Juin 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: B.C.G. à l'âge de 13 ans.
  Mari: spermogramme normal.
- Examens: Toucher vaginal: utérus normal; gros ovaire droit.
  Speculum: col sain
- Hystérosalpingographie: Hyperplasie de la région sus-isthmique (polypes endo-utérins), injection tubaire bilatérale; passage péritonéal discutable.
- Coelioscopie (Juillet 1966): Utérus et ovaires normaux; trompes saines dont les pavillons sont difficiles à voir. Il existe une petite granulation noirâtre dans le fond du douglas, ne ressemblant pas à un noyau d'endométriose.
  Epreuve au bleu positive des 2 côtes.
  Curetage biopsique: (histologie: structure folliculino-lutéinique à tendance hyperplasique).

. Observation n° 11 -

Madame B..., 27 ans, consulte en Juin 1966 pour stérilité primaire, ménorrhagies lors des dernières règles et découverte récente d'une masse pelvienne antérieure.

- Antécédents: Premières règles à 14 ans, et dernières règles le 13/6/66.
  Appendicectomie à 11 ans, compliquée d'un abcès du douglas.
  Primo infection à l'âge de 13 ans, non traitée.
  3 crises de colique néphrétique; une U.I.V. à montré la présence d'une malformation rénale (4 reins et 4 uretères.)
  Mari: spermogramme normal.

- Examens: Frottis normaux
  Biopsie d'endomètre: état folliculinique.
  Toucher vaginal: rétroversion fixée, gros ovaire droit.
- Hystérosalpingographie: hydrosalpinx droit. Sténose à gauche avec présence d'un polype.
- Coelioscopie: (Juin 1966) Nombreuses adhérences à droite comme à gauche. Adhérences cloisonnant le douglas.
  A droite: masse annexielle (ovaire?). Pavillons non vus.
  Epreuve au bleu: à gauche, le bleu injecte la trompe; à droite, trompe turgescente emplie de bleu mais pas de passage abdominal.
- Intervention:(Décembre 1966): Annexectomie droite. A gauche: libération des adhérences; perméabilité rétrograde vérifiée au cathéter.
  (histologie d'une biopsie de l'annexe droite: salpingo-ovarite congestive).
- Insufflation: passage à gauche.

. OBSERVATION N° 12 -

Madame D..., 30 ans, consulte en Juillet 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 14 ans; cycles irréguliers 30-42/6 jours. Appendicectomie en 1949
- Examens: Spéculum: petit polype du col
  Hystérométrie: 7 centimètres
- Hystérosalpingographie: aspect de synéchie utérine périphérique avec absence totale d'injection tubaire.
- Insufflation: passage stéthacoustique et courbe de passage atypique.
- Coelioscopie (Juillet 1966): utérus normal, annexes saines mais on ne peut dégager le pavillon gauche; ovaire droit gros et lisse; ovaire gauche lisse, de taille normale.
  Epreuve au bleu: passage nettement visible à droite; moins net à gauche.
  Curetage biopsique: structure folliculino-lutéinique avec légère tendance hyperplasique.

. OBSERVATION N° 13 -

Madame B..., 21 ans, mariée depuis 2 ans, consulte en Juillet 1966 pour stérilité primaire.

- Antecédents: Premières règles à 10 ans. Cycles 28-29 jours/6-8 jours.
  Crises d'épilepsie récentes. Etat neuro-végétatif instable.
  Gonococcie en Août 1965, bien traitée.
  Appendicectomie en 1964.
  Le mari presente de petits troubles mictionnels paraissant en rapport avec une gonococcie ancienne.
- Coelioscopie (Juillet 1966): Appareil génitale strictement normal.
  Aucune adherence pelvienne;
  Utérus, trompes, et ovaires sont de taille et de morphologie normales.
  Epreuve au bleu: passage facile et immediat.
- On ne fait pas d'hysterographie par crainte d'une infection persistante mais on peut éliminer formellement une stérilité tubaire;
  Il faudrait compléter les explorations du couple.

. Observation n° 14 -

Madame D..., 30 ans, mariée depuis 4 ans, consulte en Octobre 1966 pour stérilité primaire et aniso-spaniomenorrhée.

- Antécédents: Premières règles à 16 ans après traitement hormonal;
  Cycles irreguliers de 30 à 60 jours/2 jours.
  Tuberculose pulmonaire à 24 ans.
- Examens: Toucher vaginal: uterus hypotrophique.
  Hysterometrie: 4 centimètres
  Dosages hormonaux: aménorrhée eugonadotropurique
  Epreuve de stimulation-freinage: absence de reponse ovarienne.
- Hystérosalpingographie: Synechie presque totale; pas d'injection tubaire. Calcification péritonéale évoquant une tuberculose.
- Coelioscopie (Mars 1967): Uterus très petit, les trompes sont toutes deux de type tuberculeux avec phimosis du pavillon mais sans granulations visibles. L'ovaire droit est représenté par un élément grisâtre de la taille d'une lentille. L'ovaire gauche se présente sous l'aspect d'une bandelette blanchâtre, boursoufflée, situee sous la trompe. Pas de granulations, pas d'aspect de tuberculose évolutive.

- Intervention: Mai 1967, après traitement anti-tuberculeux.
  Libération d'adhérences. A gauche: volumineux noyau de la portion interstitielle de la trompe fait d'un abcès tuberculeux rempli de caseum. Salpingectomie gauche, la trompe étant inutilisable (l'implantation tubo-utérine projetée s'avère impossible).

. Observation n° 15 -

Madame G..., 26 ans, consulte en Octobre 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 13 ans; cycles de 30 jours/5 jours.
  cuti et intra-dermo-réaction à 50 unités négatives
  mari: spermogramme normal.
- Hystérosalpingographie: obturation tubaire bilaterale
- Coelioscopie: Octobre 1966: Utérus normal; trompes moniliformes. Pavillons non vus car recouverts par les ovaires. L'ovaire droit présente un follicule; l'ovaire gauche est très nettement augmenté de volume. Pas de passage du bleu qui n'injecte même pas les trompes (obstruction interstitielle).
- Conclusion: possibilité de réimplantation tubaire gauche.

. Observation n° 16 -

Madame G..., 22 ans, mariée depuis 2 ans, consulte pour stérilité primaire.

- Antécédents: cycles 28-29 jours. Ovulation vers le 12° jour.
  Appendicectomie en 1963.
  Mari: spermogramme limite.
- Examens: Toucher vaginal: utérus normal, culs de sac libres
  Frottis classe II; vaginite et exocervicite.
  Test de Hühner négatif (1 spermatozoïde mort).
- Hystérosalpingographie: cavité utérine normale; pas d'injection tubaire gauche. Injection tubaire droite avec dilatation de la region ampullaire et passage dans une poche péritonéale. (vraisemblablement hydrosalpinx).
- Coelioscopie (Juin 1967): utérus normal; annexe droite: trompe légèrement boursoufflée; pavillon bien vu, normal. Ovaire un peu gros mais qui paraît fonctionnel. Annexe gauche entièrement normale. Pas d'adhérence.

Epreuve au bleu: à gauche: pas de passage péritonéal.
à droite: passage peritoneal du bleu après injection moderée et lente; mais en continuant à injecter le bleu, il n'y a plus de passage peritoneal.

- Insufflation: négative des 2 côtés.

. Observation n° 17 -

Madame D..., 32 ans, mariée depuis 3 ans, consulte en Novembre 1966 pour stérilité primaire.

- Antécedents: premières regles à 12 ans; cycles 21-28 jours/8 jours.
  appendicectomie à 7 ans.
  Salpingite à 14 ans.
- Toucher vaginal: Utérus antéversé. On perçoit, à gauche et en arrière, une petite masse.
- Coelioscopie (Novembre 1966): pas d'adhérences
  A droite: la trompe est oblitérée. Il n'y a plus trace de pavillon; l'ampoule paraît scléreuse et retractée. Ovaire normal.
  A gauche: hydrosalpinx adherant dans le fond de la cavité pelvienne, correspondant à la masse perçue cliniquement. Ovaire normal.
- Intervention: Décembre 1966: Salpingectomie bilatérale (car il n'y avait rien à tenter sur la trompe droite en très mauvais état).
  Ablation en même temps d'un kyste séreux du douglas.
  histologie de la pièce opératoire: salpingite chronique non spécifique.

. Observation n° 18 -

Madame D..., 28 ans, mariée depuis 3 ans, consulte en Novembre 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: cycles 28 jours/8-9 jours, avec hyperménorrhée.
  Appendicectomie en 1944
  Cuti positive à 13 ans
- Examens: Frottis classe II
  Biopsie d'endomètre: possibilité d'endometrite tuberculeuse
  (Il existe une formation micro-nodulaire à contours polycycliques constitués de cellules épithélioïdes).

- Coelioscopie: utérus normal; petites granulations blanchâtres sur les trompes et les cornes utérines; quelques voiles d'adhérences en avant et à droite; trompes un peu augmentées de volume.
  Epreuve au bleu: trompes non injectées au niveau des cornes.
- Conclusion: la malade est mise à un traitement anti-tuberculeux.

. Observation n° 19 -

Madame L...., 36 ans, mariée depuis 2 ans, consulte en Décembre 1966 pour stérilité primaire.

- Antecedents: premières règles à 17 ans; cycles 26-28 jours/5 jours.
  Cuti positive à l'âge de 12 ans.
  Péritonite appendiculaire en 1940
  Ectopie du rein gauche découverte par U.I.V. en 1962.
- Courbe thermique diphasique
- Insufflation: absence de passage
- Hystérosalpingographie: pas de passage tubaire
- Coelioscopie:(décembre 1966): utérus un peu gros. trompe gauche normale avec pavillon bien vu. trompe droite un peu dilatée avec pavillon mal vu. Les 2 ovaires sont normaux. L'insertion du ligament rond gauche paraît asymétrique et abaissé, ce qui peut faire penser à un myome intra-mural.
  Epreuve au bleu: passage bilatéral.

. Observation n° 20 -

Mme P..., 37 ans, mariée depuis 9 ans, consulte en Novembre 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: cycles 28 jours/5-6 jours
  Pleurésie sero-fibrineuse droite en 1944.
  Mari: spermogramme normal
- Examens: toucher vaginal: rétroversion utérine; allongement hypertrophique du col.
  courbe thermique diphasique
  frottis vaginaux classe II
- hystérosalpingographie: hydrosalpinx bilatéral.

- Coelioscopie(Novembre 1966): Utérus normal; corne droite légèrement soufflée; hydrosalpinx bilatéral prolabé dans le douglas.
Ovaires encapuchonnés par des adherences bilatérales.
Epreuve au bleu: passage à gauche seulement
Biopsie d'endomètre: aucun caractère spécifique ou tumoral.

. Observation n° 21 -
Madame S..., 32 ans, mariée depuis 3 ans, consulte en Janvier 1967 pour stérilité primaire.
- Antécedents: premières règles à 12 ans. Cycles 28 jours/4 jours.
Appendicectomie en 1947
Mari: spermogramme normal
- Hystérosalpingographie: trompe droite seule injectée mais pas de passage péritonéal.
- Coelioscopie (Janvier 1967): hydrosalpinx gauche. A droite: dilation ampullaire avec trompe plicaturée. Nombreuses adherences bilatérales. Aucun passage de bleu dans les trompes.
- Conclusion: lésions trop importantes pour envisager un traitement médical ou chirurgical.

. Observation n° 22 -
Madame C..., 28 ans, mariée depuis 4 ans, consulte en Janvier 1967 pour stérilité primaire depuis 2 ans.
- Antécédents: Premières règles à 14 ans. Cycles 28 jours/6 jours.
Dyspareunie profonde intermittente depuis 4 ans; métrorragies intermenstruelles irrégulières.
- Examens: Toucher vaginal: uterus dévié à droite, rétrofléchi. Douleur du cul de sac droit faisant évoquer une endométriose. (Pas de douleur sous Métrulène).
Speculum: col sain
Frottis classe II
- Coelioscopie: Juin 1967: Uterus de taille normale, rétroversé mais mobilisable facilement. Annexe droite normale. Pavillon non vu.
Annexe gauche normale; pavillon bien vu étalé.
Petits points d'endométriose à l'origine des deux utéro-sacrés.
Sérosité rougeâtre dans le Douglas.
Epreuve au bleu; et insufflation: pas de passage mais fuites abondantes.

Curetage biopsique: stroma fibroblastique entourant des glandes légèrement sinueuses. Structure folliculino-lutéinique intermédiaire.

. Observation n° 23 -

Madame C..., 27 ans, mariée depuis 6 ans, consulte en février 1967 pour stérilité primaire.

- Antécédents: Premières règles à 12 ans.
  Cuti positive depuis l'âge de 8 ans.
  Appendicectomie en 1945 avec complication infectieuse locale.
- Cette patiente est suivie en ville depuis 1963 pour sterilité.
  A cette date découverte d'un gros kyste de l'ovaire droit qui est ponctionné.
- Examens: biopsie d'endomètre: endomètre de type folliculinique.
  frottis vaginaux classe I
- Hystérosalpingographie: trompes perméables.
- Insufflations: en 1963: passage sans douleur.
  en 1967: sténose complète.
- Coelioscopie: (février 1967) nombreuses adherences.
  Kyste de l'ovaire droit de la taille d'une orange, bleuté.
  La trompe court sur le kyste; pavillon non vu.
  A gauche: petit kyste ovarien bleuté gros comme une prune, mobile, presque pédiculé; pavillon non vu.
  Epreuve au bleu: pas de passage des deux côtés.
- Intervention:(Mars 1967): gros hydrosalpinx bilatéral englobant l'ovaire à droite, dont on arrive cependant à garder un peu de parenchyme. Ablation des deux hydrosalpinx puis salpingostomie médio-ampullaire bilatérale. Ovaire pratiquement conservé intact à gauche.

. Observation n° 24 -

Madame B..., 32 ans, mariée depuis 17 ans, consulte en Avril 1967 pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 13 ans; cycles 30 jours/4 jours.
- Examens: Toucher vaginal: col sain

Il semble exister un décalage de la courbe thermique
Test de Hûhner positif riche.
Biopsie d'endomètre: structure folliculino-lutéinique

- Hysterosalpingographie: cavite uterine un peu déformée.
  Les trompes sont injectées; à noter à droite une injection vasculaire et une trompe un peu dilatee, peut être une image marecageuse.
  Ces signes peuvent faire suspecter une tuberculose mais sur le cliché de contrôle, il existe un discret passage bilatéral.
- Coelioscopie: (Juin 1967) appareil genital normal avec cependant une granulation jaunâtre sur le fond utérin. Trompes subnormales; pavillons peu etalés mais franges vues. Ovaires un peu petits mais ovulation existante.
  Epreuve au bleu: passage facile des deux côtés avec plus de facilité à gauche qu'à droite.

. Observation n° 25 -

Madame L..., 27 ans, mariée depuis 7 ans, consulte en Avril 1967 pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 13 ans 1/2; cycles 30 jours/4-5 jours.
- Toucher vaginal: utérus petit, dévié à droite non douloureux
- Hysterosalpingographie: hydrosalpinx bilateral
- Coelioscopie:(Avril 1967) Utérus de volume normal.
  A gauche: l'annexe semble normale mais le pavillon n'est pas vu, semblant replié par des adherences derrière la trompe.
  A droite: hydrosalpinx terminal mais pavillon normal. On note quelques adherences de la trompe et de l'ovaire à l'utérus.
  Epreuve au bleu: passage certain à droite, douteux à gauche.

. Observation n° 26 -

Madame L..., 25 ans, consulte en Mai 1967 pour sterilité primaire avec aménorrhée intermittente depuis 5 ans.

- Antécédents: premières règles à 18 ans; cycles 28 jours/3 jours règles regulières jusqu'à 20 ans, puis allongement des cycles.

- Histoire des troubles: trois mois après le mariage, allongement des cycles avec oligoménorrhée pendant un an; des dosages hormonaux et une épreuve de stimulation-freinage mettent en évidence une insuffisance ovarienne.
  Un traitement par le Norluten pendant 4 mois fait réapparaître les règles mais la courbe thermique reste monophasique.
- Hystérosalpingographie: utérus mal formé de type bicorne.
  Trompes perméables.
- Coelioscopie: (Mai 1967): Uterus normal. Trompes normales.
  Les ovaires sont un peu gros, lisses et sans cicatrices de follicules.
  Biopsie de l'ovaire gauche: stroma dense fibreux contenant de nombreux ovules immatures. On ne trouve ni follicule ni corps jaune, ni cicatrice de corps jaune.
  La possibilité d'un syndrome de Stein-Loventhal n'est pas exclue

. Observation n° 27 -

Madame C..., 22 ans, mariée depuis 4 ans, consulte en Juin 1967 pour douleurs pelviennes et stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 12 ans 1/2; cycles 28-30 jours/3 jours.
  Appendicectomie à 18 ans.
- Examens: Frottis classe II; vaginite et exocervicite à trichomonas.
  Speculum: Il existe un orifice très petit, suscervical, en haut et à gauche de l'orifice cervical principal.
- Hystérosalpingogmaphie: uterus unicorne droit, sans passage tubaire.
- Coelioscopie (Juin 1967): Uterus double de type bicorne (parties à peu près égales)
  Annexe droite: trompe et pavillon normaux. Ovaire de taille normale
  Annexe gauche: trompe et pavillon normaux. Ovaire petit.
  Epreuve au bleu: passage à droite par catheterisme de l'orifice cervical principal. A gauche: catheterisme, après dilatation aux bougies, d'un petit pertuis situé à gauche de l'orifice cervical principal: pas de passage de bleu dans la cavité péritonéale.
  Biopsie de l'endomètre (des deux hémi-utérus): structure identique des deux côtes. La porphologie est dystrophique à tendance hypoplasique.

. Observation n° 28 -

Madame B..., 26 ans, mariée depuis 3 ans, consulte pour sterilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 13 ans; cycles 28-30 jours/8 jours avec dysmenorrhee.
  Cuti positive après B.C.G. en 1955 mais érythème noueux au moment du B.C.G.
  Mari: spermogramme normal.
- Examens: Toucher vaginal: col sain, uterus normal.
  Frottis classe II
- Hysterosalpingographie: cavité uterine normale. Trompes filiformes. Aspect de bacillose.
- Coelioscopie: uterus normal; annexe droite: trompe filiforme; pavillon dont les franges sont agglutinées complètement.
  Annexe gauche: trompe pratiquement normale; pavillon agglutiné avec présence de quelques vésicules. Ovaire normal avec un corps jaune.
  Pas de granulation ni d'adherence.
  Epreuve au bleu: passage à gauche sous légère pression; pas de passage à droite.

. Observation n° 29 -

Madame L..., mariée en 1961, consulte en Janvier 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: Premières règles à 14 ans; cycles 28 jours/4-6 jours.
  Tuberculose pulmonaire en 1952.
  Mari: spermogramme normal après traitement.
- Examens: Courbe thermique monophasique.
  Frottis vaginaux classe II
  Dosages hormonaux: pas de formation de corps jaune; taux de pregnandiol très faible.
- Hystérosalpingographie: pas de passage peritonéal.
- Coelioscopie: (Janvier 1966): utérus petit avec un myome pédiculé, très vasculaire sur la face postérieure.
  A droite: trompe et ovaire normaux.
  A gauche: trompe normale. Volumineux kyste ovarien de la taille d'une mandarine. Aucune adherence péritoneale; un peu de liquide clair dans le Douglas; pas de granulations.

- Intervention: (Mars 1966) Ovaires atrophiques mais fonctionnels; Trompes et pavillons sains. Ablation du myome (histologie: fibromyome banal).

. Observation n° 30 -

Madame A...., 38 ans, mariée depuis 10 ans, consulte en Janvier 1967 pour stérilité primaire.

- Antécedents: premières règles à 12 ans; cycles de 25 à 30 jours. Hémiplégie droite à l'âge de 2 ans ayant partiellement regressée. Mari: spermogramme normal
- Examens: Test de Hühner positif.
  Biopsie d'endomètre: recherches de B.K. négatives
- Insufflation: pas de passage
- Coelioscopie (Janvier 1967): uterus de volume normal. A
  Annexe gauche: trompe normale mais plongeant dans le Douglas. Pavillon non vu; l'ovaire est normal mais porteur d'une hydatide kystique.
  Annexe droite: la trompe plonge dans le Douglas; pavillon non vu; ovaire normal. Pas d'adherences ni de granulations.
  Epreuve au bleu: pas de turgescence des trompes. Pas de bleu visible dans le Douglas.
- Hysterosalpingographie (fevrier 1967): obturation tubaire bilatérale avec dilatation moniliforme des 2 trompes (image de tuberculose génitale.)

. Observation n° 31 -

Madame M...n 30 ans, mariée depuis 6 ans, consulte pour stérilité primaire.

- Antecedents - Premières règles à 15 ans; cycles 23-24 jours/4 jours. Pleurésie gauche à l'âge de 17 ans, traitée par streptomycine. Mari: spermogramme oligospermie modérée.
- Examens: Toucher vaginal: uterus petit, dévie sur la gauche.
  Biopsie d'endomètre normale
  Courbe thermique monophasique.
- Hystérosalpingographie: uterus très antéversé. Obturation bilatérale. Quelques images en chapelet.
- Insufflation (précédée d'instillations intra-tubaires): passage stethacoustique bilatéral.

- Coelioscopie:(Janvier 1967): Utérus normal. Ligaments ronds normaux. Hydrosalpinx bilatéral. Pas de pavillon vu à droite. Ovaire droit normal. La trompe gauche est très irrégulière et présente à sa partie moyenne une plaque nécrotique. Pas de pavillon vu à gauche. Ovaire gauche mal vu car il existe une adherence du Douglas qui est encombré par un petit épanchement séreux avec une adhérence le cloisonnant longitudinalement. Pas de trace d'endométriose ni d'aspect de follicule tuberculeux.
  Epreuve au bleu: dilatation des trompes mais pas de passage peritonéal.

. Observation n° 32 -

Madame A..., 33 ans, mariée depuis 2 ans, consulte pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 15 ans. Cycles 35-45 jours/2 jours.
  virage de cuti à 14 ans.
  Pelviperitonite à 22 ans.
  Mari: spermogramme: oligoasthenospermie avec taux des F.S.H. légèrement élevé.
- Examens: courbe thermique diphasique
  Dosages hormonaux: hyperfolliculini
  Epreuve de stimulation-freinage: hyperendrogénie.
  Test de Hühner: nombreux spermatozoïdes immobiles.
- Hystérosalpingographie: bonne cavité utérine. Trombes normales jusqu'à l'ampoule avec dilatation de l'ampoule droite.
  Excellent passage peritonéal.
- Coelioscopie(Avril 1966): Fond du Douglas libre. Ovaire gauche d'aspect normal. Trompe gauche normale avec des franges au niveau du pavillon. Adhérences péritonéales gênant la visibilité à droite.

. Observation n° 33 -

Madame R..., 29 ans, mariée depuis 11 ans, et désirant un enfant depuis 6 ans, consulte en Décembre 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: Premières règles à 13 ans. Cycles 28-30 jours/3 jours.
- Cuti positive depuis l'âge de 1 an
  Appendicectomie à 16 ans (1952)

- Cette patiente se plaignait de douleurs intermittentes de la fosse iliaque droite. Découverte en Décembre 1966, au toucher vaginal d'une masse latéro-utérine droite allongée jusqu'à la paroi abdominale, dure, sensible, paraissant faire corps avec l'utérus.
- Courbe thermique diphasique.
- Coelioscopie(Décembre 1966): Utérus d'aspect normal avec sur le bord droit de la face posterieure, un myome gros comme une mandarine, sessile, sillonné de varicosités et d'aspect un peu nécrotique.
  Trompes saines, ovaire droit normal; ovaire gauche augmenté de volume, déformé par un petit kyste fonctionnel (un follicule de De Graaf est sur le point de se rompre). Adhérences de la zone de la cicatrice appendiculaire.
  A noter une stenose de l'orifice interne du col qui a nécessité un cathétérisme par une sonde de caoutchouc.
- Intervention: (Janvier 1967): Pour myomectomie et libération des adherences appendiculaires.

Observation n° 34 -

Madame T..., 21 ans, consulte pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 12 ans. Cycles de 30 jours.
  La patiente a présenté deux épisodes d'aménorrhée prolongée d'Octobre 196 à février 1965, puis de Juillet à Décembre 1965.
- Dosages hormonaux: aménorrhée eugonadotropurique avec activité surrénale normale. Absence d'activité endocrinienne appréciable des ovaires.
- Coelioscopie: (Février 1966): Utérus tout petit. Ovaires paraissant sains.
- Evolution:
  Toucher vaginal: ovaire droit bien perçu, de volume normal; petit utérus anteversé normal.
  La patiente a pris 2 comprimés par jour de CLOMIPHENE du 17 au 26 Mai 196
  Dosages hormonaux le 27 Mai: taux normal des F.S.H.
  Pas de décalage thermique après l'arrêt du traitement.
  Nouvel essai de CLOMIPHENE à la dose de 4 comprimés par jour du 15 au 24 Octobre 1966.

Nouveaux dosages hormonaux le 24 Octobre: taux normal des F.S.H.;
Taux très faible de Pregnandiol mais appreciable de folliculine.
Decalage thermique 7 jours après l'arrêt du traitement par le Clomiphene.
Apparition des règles le 11 Novembre 1966 pendant 3 jours.
Au toucher vaginal: ovaire droit gros et dur.

. Observation n° 35 -

Madame G..., 29 ans, mariée depuis 2 ans, consulte en Janvier 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 12 ans; cycles 25-30 jours/5 jours.
  Primo injection à 10 ans; rechute à 17 ans, traitée pendant un an par Rimifon et P.A.S.
  Appendicectomie à 14 ans.
  Mari: spermogramme normal.
- Courbe thermique diphasique.
- Hystérographie: la cavité utérine présente des images lacunaires correspondant soit à une hyperplasie, soit à des polypes. Les deux trompes sont injectées mais il ne semble pas y avoir de passage péritonéal.
- Coelioscopie (Juillet 1966) : utérus en position normale.
  A droite, l'ovaire est petit, caché derrière l'utérus. Il existe une petite bride reliant l'origina de la trompe à la paroi postérieure de l'utérus. La trompe est petite, irrégulière, et présente un hydrosalpinx à sa partie distale.
  A gauche, l'ovaire semble sain; il existe un hydrosalpinx et le pavillon n'est pas vu. Pas de granulations péritonéales.
- Evolution: R.B.G. positive le 10 Octobre 1966 (grossesse de 6 semaines)
  Le 21 Octobre, des dosages hormonaux montrent un taux faible de pregnandiol et une insuffisance folliculinique.
  Le 30 Octobre 1966: fausse couche spontanée, curetée le 2 Novembre.

. Observation n° 36 -

Madame C..., 27 ans, mariée depuis 7 ans, consulte pour stérilité primaire.

- Antécédents: premières règles à 12 ans. Cycles 25 jours/4 jours.
  Crises comitiales pré et post-menstruelles.
  Tuberculose osseuse du pied droit à l'âge de 5 ans.
  Appendicectomie en 1961 avec des suites fébriles.
- Examens: Toucher vaginal: uterus antéversé, de volume normal.
  Biopsie d'endomètre: pas de signe de tuberculose
- Hystérographie: cavité utérine toute petite (avec synechie?);
  pas de passage tubaire.
- Coelioscopie (Mai 1966): uterus normal.
  A droite: ovaire d'aspect normal; trompe dont la portion isthmique est dilatée et dont le pavillon n'est pas vu.
  A gauche: importantes adhérences coiffant toute l'annexe et l'angle gauche de l'uterus ainsi que l'ovaire.
  Aucune granulation péritonéale.

. Observation n° 37 -

Madame I...., 34 ans, mariée depuis 7 ans, consulte en Février 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: Primo infection à l'âge de 18 ans (1949).
  Appendicectomie à 18 ans.
- Biopsie d'endomètre; pas de signe de lésions tuberculeuses tant à l'examen [illegible] direct que par inoculation au cobaye.
- Hystérographie: énorme hydrosalpinx bilatéral.
- Coelioscopie: (Mars 1966): Sérosité citrine dans le Douglas, que l'on tente de prélever sans succès.
  A droite: trompe d'aspect subnormal, succulente, légèrement dilatée dans sa portion ampullaire; les franges ne sont pas visibles; ovaire normal.
  A gauche: dilatation ampullaire d'aspect kystique, de couleur bleutée; les franges ne sont pas vues.

. Observation n° 38 -

Madame L...., 32 ans, mariée depuis 2 ans, consulte pour stérilité primaire

- Antécedents: Premières règles à 13 ans; cycles 24 jours/4-6 jours.
  Mari: spermogramme: oligoasthenospermie avec 10% seulement de formes mobiles.
- Toucher vaginal: utérus dévié à droite et anteversé.
- Hystérosalpingographie: cavité utérine de volume normal. Passage péritonéal bilatéral.
- Coelioscopie:(Mars 1966): Uterus normal; trompes saines, pavillons bien vus; presence de traces de follicules sur les 2 ovaires, en particulier à gauche.
  Epreuve au bleu: passage immédiat et bilatéral.

. Observation n° 39 -

Madame P..., 36 ans, mariée depuis 10 ans, consulte pour stérilité primaire

- Antécedents: Premières règles à 15 ans. Cycles 28 jours/6 jours.
  Pilosité accrue.
  Appendicectomie à 22 ans.
  Mari: spermogramme: 25% de spermatozoïdes anormaux.
- Examens: Biopsie d'endomètre: déséquilibre folliculino-lutéinique (retard de lutéinisation avec excès relatif de la stimulation folliculinique).
  Test de Hühner: 3 spermatozoïdes mobiles par champ.
  Courbe thermique diphasique.
- Hystérographie: muqueuse irrégulière; utérus en rétroflexion, de forme normale. Les 2 trompes s'injectent mais passage à gauche seulement. Coque périovarienne.
- Coelioscopie:(Mai 1966) : Uterus normal, pas d'adhérences;
  A gauche: trompe et ovaire normaux. Pavillon tubaire avec franges parfaites.
  A droite: ovaire normal ainsi que la trompe. Pavillon non vu.
- Conclusion: Une épreuve de stimulation-freinage montrant une légère insuffisance folliculinique, on met la patiente à un traitement par le Norluten.

. Observation n° 40 -

Madame E...., 27 ans, mariée en 1963, consulte en Mai 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents: Premières règles à 15 ans; cycles 28 jours/3 jours.
  Métrite du col suivie d'électrocoagulation en 1957.
  Cuti positive.
  Le mari: a déjà eu un enfant d'un premier mariage.
- Examens: Frottis vaginaux classe II
  Biopsie d'endomètre: phase folliculino-lutéinique. Inoculation au cobaye négative.
- Hysterographie: cavité utérine normale. Oblitération tubaire bilatérale au niveau des cornes.
- Coelioscopie (Mai 1966): corps utérin d'apparence normale.
  A droite: ovaire d'aspect normal.
  A gauche: petit hydrosalpinx. L'ovaire n'est pas visible.
  Epreuve au bleu: aucun passage péritonéal.
- Intervention:(Mai 1966): Libération d'adhérences à gauche. Plastie tubaire à droite.

. Observation n° 41 -

Madame A..., 25 ans, consulte pour stérilité primaire.

- Antécédents: Premières règles à 13 ans; cycles 32 jours/4 jours.
  Cycles artificiels depuis 2 ans; arrêt de tout traitement en Novembre 1965 suivi d'une aménorrhée complète.
  Méningite cérébro-spinale à 6 ans.
  Primo infection à 12 ans.
  Appendicectomie à 18 ans.
- Coelioscopie: (Mai 1966): utérus tout petit; les 2 trompes sont normales. l'ovaire droit est normal, d'aspect valloné. L'ovaire gauche est de volume normal mais sa surface est lisse et nacrée à l'exception de l'insertion du ligament utéro-ovarien où il existe une hypervascularisation.

. Observation n° 42 -

Mme F..., 27 ans, mariée depuis 2 ans 1/2, consulte pour sterilité primair

- Antécédents: Appendicectomie en 1962
  Mari: spermogramme normal.
- Examens: Courbe thermique monophasique.
  Test de Hühner: peu de spermatozoïdes mobiles.
  Frottis vaginaux : classe II
  Biopsie d'endomètre: retard de maturation (insuffisance lutéale
- Hystérographie: cavité utérine normale. Pas de passage tubaire à droite. à gauche: aspect moniliforme de la trompe et dilatation ampullaire. Passage minime qui diffuse mal.
- Coelioscopie (Octobre 1966): utérus et ovaires normaux. Trompes inflammatoires, surtout à gauche, avec adherences péritubaires. Les 2 pavillons sont bien vus (le droit est un peu rétracté).
- Insufflation: Dilatation proximale de l'ampoule gauche. Pas de dilatatio à droite. Aucun passage peritoneal.

. Observation n° 43 -

Madame R..., 32 ans, mariée depuis 3 ans, consulte en Janvier 1967 pour stérilité primaire.

- Antécédents: Premières règles à 12 ans. Cycles 25-31 jours/7 jours
  Cuti positive à 12 ans.
  Mari: spermogramme: oligospermie moderée améliorée par l'Arginine.
- Examens: Courbe thermique diphasique
  Biopsie d'endomètre: petite déficience lutéale.
- Hystérographie: antéversion; trompe droite probablement perméable mais avec une image peut-être periovarienne et trompe gauche avec amas distal.
- Coelioscopie: (Janvier 1967): Uterus un peu petit avec fibrome gros comme une cerise sur sa corne droite et petit fibrome sur sa face posterieure. Les ligaments ronds sont normaux. La trompe est un peu irrégulière. Présence de petites granulations blanchâtres qui font évoquer des follicu tuberculeux sur le peritoine de la trompe gauche; le pavillon est normal. Ovaires normaux avec cicatrice d'ovulation recente.
  Epreuve au bleu: passage bilatéral

. Observation n° 44 -

Mme B...., 34 ans, mariée depuis 5 ans, consulte en Décembre 1965 pour sterilité primaire.

- Antécedents: Premières regles à 14 ans 1/2. Cycles 24-26 jours/3 jours.
  Kyste de l'ovaire droit opere à 18 ans.
  Virage de cuti probable à l'âge de 16 ans.
  Mari: spermogramme normal.
- Examens: Test de Hühner positif
  Courbe thermique diphasique par intermittence.
- Insufflations: une insufflation a donné une scapulalgie.
- Hystérographie: 1963: passage peritonéal discret
  1965: passage à gauche avec dilatation ampullaire.
- Coelioscopie:(Décembre 1966): Utérus de volume normal avec un myome gros comme une cerise sur la face anterieure de la corne gauche et un myome plus petit sur la corne droite. La trompe droite paraît s'arrêter au bout de 4 cm, et se terminer en cul de sac borgne. L'ovaire droit est petit et polykystique. Trompe gauche normale mais pavillon non vu. Ovaire gauche de taille normale, un peu kystique.

. Observation n° 45 -

Madame C..., 28 ans, mariée depuis 5 ans, consulte en Novembre 1966 pour stérilite primaire.

- antecedents: Premières règles à 16 ans. Cycles 28 jours/5 jours.
- Toucher vaginal: Utérus petit, rétroversé.
- Hystérographie: hydrosalpinx bilatéral.
- Coelioscopie (Novembre 1966): ovaires et utérus sont sains. Les trompes sont très pathologiques.
  A droite: aucune frange, ampoule modérément dilatée.
  A gauche: adherence translucide recouvrant l'annexe; la trompe est plus dilatée et aucune frange n'est visible.
  Insufflation: à gauche: la trompe se dilate sans passage.
  à droite: passage sans dilatation.
- Conclusion: Indication chirurgicale reservée.

ooo

II- STERILITES SECONDAIRES -

. Observation n° 46 -

Madame M. ., 32 ans, consulte en Janvier 1966 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: Premières règles à 12 ans 1/2; cycles 26-29/8 jours.
  Virage de cuti à 23 ans.
  1959 accouchement normal à 8 mois 1/2 d'un garçon pesant 2,500 Kgs
  1959 (Avril) fausse-couche spontanée de 1 mois curetée.
  1960 accouchement normal à terme d'un garçon pesant 3,300 Kg
  1964 fausse-couche spontanée de 5 mois 1/2; expulsion d'un foetus momifié de 2 mois; curetage.
- Examens: courbe thermique diphasique.
  speculum: col sain
  Toucher vaginal: uréthro-rectocele; uterus rétroversé, fixé et douloureux; masse latero-utérine dans le cul de sac droit (vraisemblablement un kyste de l'ovaire).
- Hystérographie : utérus normal; trompes injectées; pas d'image de passage péritonéal.
- Insufflation: courbe de sténose.
- Coelioscopie: uterus normal.
  Trompe droite obturée au niveau du pavillon. Gros ovaire droit fonctionnel.
  Trompe gauche normale jusqu'au pavillon avec passage du bleu.
  Ovaire gauche normal.
- Conclusion: sténose tubaire secondaire.

. Observation n° 47 -

Mme S... , 31 ans, consulte en Février 1966 pour sterilité secondaire.

- Antécédents: Premières règles à 14 ans. Cycles 28 jours/4 jours.
  Une fausse-couche spontanée de 2 mois 1/2 en 1961.
  Mari: spermogramme: résultats incomplets et ininterprétables.
- Hysterographie: 1961 : injection tubaire bilatérale avec le premier passage à droite.
- Examens: test de Hühner déficient.
  Epreuve de stimulation-freinage: corps jaune sensiblement normal et hyperandrogénie d'origine surrénale.
  Dosages hormonaux normaux mais augmentation de la dihydroepiandrostérone, de l'androsterone et de l'étiocholanolone.

- Coelioscopie: pas d'adhérences. Les annexes semblent normales. Le passage du bleu se fait des deux côtes et assez facilement.
- Conclusion: Tous les examens gynecologiques de la femme sont normaux, en dehors d'un hypercorticisme qui reste à explorer. Il semble bien qu la sterilité secondaire soit liée à une déficience spermatique.

. Observation n° 48 -

Madame G..., 27 ans, consulte en Juillet 1966 pour stérilité secondaire;

- Antécédents: Cycles 28-29 jours/3 jours.
  Une fausse-couche provoquée de 2 mois, non curetée, en 1959
- Examens: Une colposcopie(Juillet 1966) montre une zone iodo-négative à contours nets à midi, surmontant une zone d'ectopie.
  Des frottis vaginaux sont faits en Septembre puis Novembre 196 (classe II - III) puis en Avril 1965 (classe III); aspect de cervicite.
- Hysterographie: cavité utérine normale. Injection tubaire bilatérale avec dilatation ampullaire de la trompe gauche et discret passage dans une poche péritonéale. La trompe droite paraît normale; léger passage peritonéal probable.
- Coelioscopie (Juillet 1966): Uterus normal avec un tout petit fibrome sur la face postérieure.
  A droite: adhérences masquant l'ovaire droit; trompe d'aspect monilifor
  Epreuve au bleu positive.
  A gauche: la trompe s'injecte en même temps qu'une cavité sous-péritoné
  Pas de passage du bleu en peritoine libre. A noter que la trompe est attirée vers la paroi pelvienne; le pavillon n'est pas vu; l'ovaire semble normal.
- Intervention:(Juillet 1966): Amputation conique du col utérin.
  (Histologie: aspect de dysplasie à cellules dyskeratosiques de type gravidique faisant poser le problème dans le passé récent d'une grosses interrompue).

. Observation n° 49 -

Madame B...., 31 ans, consulte en Avril 1966 pour sterilite secondaire.

- Antécedents: Cycles 28 jours/5-6 jours.
  1958: accouchement à terme, par forceps, d'un garçon pesant 3,300 Kg.
  Opérée 6 mois après son accouchement pour prolapsus.

- Hystérosalpingographie: normale
- Coelioscopie:(Avril 1966): utérus normal. Trompe gauche coudée mais avec un passage du bleu au niveau du pavillon par une adhérence.
  Au niveau de la trompe droite, existe une adherence épiploïque.
  Passage du bleu à droite en péritoine sous-séreux, puis en péritoine libre.

. Observation n° 50 -

Madame L..., 29 ans, consulte en Juin 1966 pour stérilité secondaire.

- Antécedents: Premières règles à 12 ans. Cycles 25-27 jours pendant 3 jours.
  Une fausse-couche provoquée de 5 mois 1/2 en 1962, curetee, compliquée de pelviperitonite.
  Appendicectomie en 1948.
  Mari: spermogramme: oligoasthenospermie.
- Hysterosalpingographie: cavite utérine normale. Les trompes s'injectent mais hydrosalpinx bilateral avec un léger passage à gauche.
- Examens: courbe thermique diphasique (17° jour).
  Test de Hühner deficient.
- Coelioscopie: (Janvier 1967): trompes légèrement augmentées de volume; Toute la portion ampullaire et les ovaires sont cachés par de fins voile adherentiels.
  Passage du bleu bilateral mais discret sous les adhérences.
- Intervention: (Janvier 1967): liberation d'adhérences et salpingostomie bilatérale.
- Insufflation (fevrier): passage stethécoustique bilatéral surtout à droi

. Observation n° 51 -

Madame B...., 32 ans, consulte en Juin 1966 pour stérilité secondaire.

- Antecedents: premières règles à 14 ans 1/2.
  Trois fausses couches dont la dernière en 1958.
  Appendicectomie dans l'enfance.
- Cette femme consulte en 1959 pour stérilité; une hystérographie faite alors etait normale. En 1963, une nouvelle hysterographie montrait une salpingo-ovarite. Intervention au Cameroun à la même époque: annexectomie gauche. (Les annexes droites sont laissées en place mais ne sont pas en très bon etat).

En 1964, on fait plusieurs séances d'insufflation et d'hydrotubation.
- Hystérographie (1966): très volumineux hydrosalpinx droit.
- Insufflation: courbe de sténose.
- Coelioscopie (Juillet 1966): très gros hydrosalpinx droit qui paraît sous tension. On s'abstient de l'épreuve au bleu même sous antibiotiques

. Observation n° 52 -

Madame D..., 29 ans, consulte en Juin 1966 pour stérilité secondaire, Dyspareunie et douleurs pelviennes droites.
- Antécédents: premières règles à 15 ans; cycles 28-32 jours/4 jours. Une fausse couche fébrile de 4 mois, curetée à Boucicaut en 1955. Bartholinite opérée en 1959. Tuberculose pulmonaire gauche, entre 1950 et 1952, bien traitée.
- Cette patiente a été hospitalisée en 1960 à Créteil (dans le service du Docteur Bret) pour stérilité. Une hystérographie montrait un hydrosalpin bilatéral prolabé dans le Douglas. D'autre part, découverte d'un kyste de l'ovaire droit. Une hystérectomie totale est alors proposée à la malade qui refuse.
- Coelioscopie (Juin 1966): Uterus de taille normale, libre d'adhérences. Trompe droite: Hydrosalpinx de la partie distale adherent à l'ovaire. A gauche: hydrosalpinx de la taille d'une noix, indissociable de l'ovair Pas de granulations typiques (seulement une tache jaunâtre irrégulière sur la corne uterine droite). Epreuve au bleu: pas de passage immédiat mais 2 minutes après, bleu en abondance dans les replis péritonéaux périovariens gauches sans pouvoir en préciser l'issue.
- Intervention (le même jour): annexectomie droite.
- Insufflation (Juillet 1966): pas de passage
- Hystérosalpingographie: hydrosalpinx gauche avec léger passage (image suspendue).

Cette malade revient en Février 1967 se plaignant de douleurs pelviennes gauches. Une nouvelle intervention est décidée aussitôt:
En fait, la masse annexielle gauche est un ovaire scléro-kystique, adhérant à la paroi, pratiquement sous péritonéal. La conservation ovarienne paraît déraisonnable et une hystérectomie totale avec annexectomie gauche est décidée.

. Observation n° 53 -

Madame L...., 24 ans, consulte en Juin 1966 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: Premières règles à 12 ans; cycles 20 jours/5 jours.
  1958 : accouchement normal à terme d'une fille pesant 3,500 Kg.
  1962 : accouchement normal à terme d'une fille pesant 4 kg.
- Examens: Toucher vaginal: utérus un peu augmenté de volume; cul de sac droit empâté et douloureux
  Test de Hühner positif pauvre.
- Hystérographie: cavité utérine normale. Les deux trompes sont injectées. Hydrosalpinx bilatéral; léger passage en péritoine cloisonné à droite.
- Coelioscopie (Aout 1966): nombreuses adhérences. Trompe droite visible mais fixée. Hydrosalpinx à gauche.
  Epreuve au bleu: pas de passage en péritoine libre mais à gauche, l'hydrosalpinx se remplit de bleu tandis qu'à droite le passage se fait en péritoine cloisonné seulement.
- Intervention (Aout 1966): plastie tubaire bilatérale.
- Insufflation (Septembre): courbe de passage.

. Observation n° 54 -

Madame G..., 32 ans, consulte en Septembre 1966 pour sterilité secondaire (elle est mariée depuis 7 ans).

- Antécédents: Premières règles à 13 ans. Cycles 30 jours/5 jours.
  Une fausse couche provoquée en 1954, curetée.
  Appendicectomie en 1957.
  Elle était traitée depuis 2 ans en ville pour stérilité par insufflations hydrotubations et hormones diverses.
  Mari: spermogramme normal.
- Examens: courbe thermique diphasique
  biopsie d'endomètre: endomètre dystrophique; la stimulation oestrogénique est peu élevée; la fonction lutéale est un peu déficitaire.
- Hystérographie: hydrosalpinx gauche. Passage péritonéal à droite.
- Coelioscopie (septembre 1966) : à droite: trompe pelotonnée.
  à gauche: hydrosalpinx prolabé dans le Douglas, s'injectant de bleu.
  Passage péritonéal du bleu à droite seulement.

. Observation n° 55 -

Madame M..., 27 ans, consulte en Novembre 1966 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: Premières règles à 15 ans.
  Une fausse couche de 3 mois, non curetée en 1963.
  Mari: spermogramme: oligospermie modérée.
- Test de Hühner positif
- Hystérographie: Injection tubaire gauche peu importante sans passage péritonéal avec impression de terminaison tubaire en forme de massue. Pratiquement pas d'injection tubaire à droite (tiers proximal seul injecté). Mauvaise imprégnation de la région sus-isthmique évoquant une Hyperplasie endométriale.
- Coelioscopie: appareil génital normal. Trompe droite d'aspect un peu congestif. Les deux pavillons sont accolés sur l'intestin.
  Passage du bleu des deux côtés.

. Observation n° 56 -

Madame O...., 29 ans, mariée depuis 8 ans, consulte en Novembre 1966 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: Cycles 28 jours/7 jours avec dysménorrhée.
  Fausse couche spontanée de 4 mois, curetée en Mars 1965.
  Mari: spermogramme normal.
- Hystérosalpingographie: injection tubaire bilatérale mais pas de passage péritonéal franc.
- Examens: Toucher vaginal: uterus rétroversé douloureux.
  Frottis classe II
  Test de Hühner positif.
- Coelioscopie (Novembre 1966): nombreuses adhérences masquant les deux pavillons. Trompe gauche normale. Trompe droite dilatée.
  Passage du bleu des deux côtés.

. Observation n° 57 -

Madame C..., 31 ans, consulte pour stérilité secondaire depuis 1960 et métrorragies depuis 3 mois.

- Antecédents: Premières règles à 14 ans. Cycles alternés 21 et 27 j/5 j.
  Appendicectomie en 1943
  Fièvre typhoïde en 1949
  Polype du col en 1962
  Pas de malformation rénale (U.I.V. normale)
  1958: accouchement normal à 8 mois 1/2 d'une fille pesant 2,400 Kg
  1960: accouchement prématuré à 6 mois d'un enfant né vivant mais décédé 24 heures plus tard.
- Examens: speculum: gros col déchiré présentant un orifice externe non dilaté en communication avec une bouche latérale sur le côté gauche du col par où se sont probablement faits les accouchemer
  Toucher vaginal: utérus latéro dévié à gauche, augmenté de volume.
- Hystérosalpingographie: utérus déporté à gauche. Trompe gauche opacifié semblant perméable et de morphologie normale.
  Image de myomes sous-muqueux multiples. Polype de l'endocol.
  Pas d'opacification de la trompe droite.
- Coelioscopie (Juin 1967):
  Au speculum: 2 orifices cervicaux distincts sont cathétérisés.
  Utérus asymétrique avec développement portant surtout sur la corne gauc
  Les annexes sont normales des 2 côtés. Ovaires normaux.
  Epreuve au bleu : en cathétérisant l'orifice gauche on assiste à un passage indiscutable du bleu.
  Le cathétérisme de l'orifice cervical droit ne montre pas de passage péritonéal mais un reflux par l'orifice cervical gauche.

. Observation n° 58 -

Madame Z..., 43 ans, mariée depuis 11 ans, consulte en Mars 1967 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: premières règles à 11 ans. Cycles 28 jours/3-4 jours
  Fausse couche spontanée de 7 semaines, curetée, en 1964.
  Primo infection en 1942.
  Mari: spermogramme: oligospermie.
- Examens: Toucher vaginal: myome utérin
  Test de Hühner: très bon
- Hystérosalpingographie: petit passage à gauche

- Insufflation: pas de passage.
- Coelioscopie (Mars 1967): Uterus déformé par de nombreux myomes. Ovaires normaux.
  A droite: la trompe présente de nombreuses adhérences allant vers l'uterus; il existe un phimosis mais on perçoit cependant une frange.
  A gauche: la trompe est dilatée et rétrécie à son extrêmité mais le pavillon est vu en situation haute, s'étalant sur le sigmoïde.
  Epreuve au bleu: passage facile à gauche, tandis qu'à droite il est difficile de conclure.
- Intervention: Myomectomie multiple (ablation de 13 fibromes allant de la taille d'un pois à celle d'un oeuf).

. Observation n° 59 -

Madame D..., 32 ans, mariée depuis 14 ans, consulte en Mars 1967 pour stérilité secondaire.

- Antecédents: premières règles à 14 ans; cycles 26-28 jours/3-5 jours; Salpingectomie gauche à 17 ans (1951) avec ablation de 3 petits kystes péritonéaux.
  1954: accouchement normal à terme d'un garçon pesant 3,250 Kg.
  1955: fausse couche spontanée non curetée.
- Hysterosalpingographie: cavité utérine normale avec cependant un certain degré d'atonie. Le tiers interne de la trompe gauche est injecté ainsi que toute la trompe droite dont la région ampullaire apparaît pelotonnée avec passage douteux péritonéal à droite, peut être dans une poche adhérentielle.
- Coelioscopie: (Mars 1967): adhérences épiploïques gênant l'accès du petit bassin. utérus de volume normal.
  Annexe gauche: le début de la trompe a été conservé lors de la salpingectomie.
  Annexe droite: la trompe est suivie de bout en bout; l'ovaire et la trompe paraissent normaux. Le pavillon semble normal.
  Epreuve au bleu: pas de passage tubaire droit.
- Insufflation: pas de passage tubaire droit.

. Observation n° 60 -

Madame D..., 37 ans, consulte en Juin 1967 pour stérilité secondaire et douleurs pelviennes droites d'apparition récente.

- Antécédents: cycles 28 jours/4-5 jours.
  1958: accouchement normal à 8 mois 1/2 d'un enfant pesant 2,500 Kg.
- Examens: frottis classe II
  Test de Hühner positif
- On conseille une hystérographie que la patiente refuse, préférant une coelioscopie d'emblée, par crainte d'une infection tubaire possible.
- Coelioscopie:(Juin 1967): Utérus normal.
  Trompe gauche d'aspect moniliforme. Pavillon normal avec petite hydati
  Trompe droite: strictement normale. Les 2 ovaires ont un aspect un peu ficelé.
  Epreuve au bleu positive des 2 côtés.

. Observation n° 61 -

Madame L..., 30 ans, mariée depuis 2 ans, consulte pour stérilité seconda

- Antécédents: premières règles à 14 ans. Cycles 28 jours/5 jours.
  Fausse couche provoquée de 3 mois, non curetée en février 1964.
- Examens: speculum: col sain
  toucher vaginal: retroversion utérine indolore
  frottis classe II
  test de Hühner positif
- Hystérographie: cavité utérine normale.
  Injection tubaire partielle (2/3 internes à droite et tiers interne à gauche). Aucun passage péritonéal.
- Coelioscopie: (Juin 1967): Utérus de volume normal.
  Trompe droite moniliforme. Pavillon libre; il existe une adhérence qui part de la face postérieure de l'utérus jusqu'au pavillon et qui se prolonge dans le Douglas. Ovaire normal.
  Trompe gauche dilatée à son extrêmité, repliée en arrière vers le fond du Douglas. Le pavillon n'est pas bien mis en évidence. Il existe une adhérence de la corne utérine gauche, le long de la trompe, vers le pavillon. Ovaire normal mais il existe une adhérence vers le fond du Douglas.
  Epreuve au bleu: passage certain à droite, douteux à gauche.

• Observation n° 62 -

Madame P..., 28 ans, mariée depuis 4 ans, consulte en Juin 1967 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: premières règles à 12 ans; cycles 31 jours/4 jours.
  Fausse couche il y a 8 ans.
  Cuti positive.
- Hysterosalpingographie: image tubaire bilatérale, sans passage péritonéal
  Trompes d'aspect filiforme, rigides, évoquant une tuberculose génitale.
- Coelioscopie (Juin 1967): utérus petit. Nombreuses adhérences sur l'annexe gauche dont la trompe se termine en massue et paraît oedematié
  Trompe droite: en massue, dont le pavillon paraît présenter un phimosis
  Le péritoine vésical est remonté et plicaturé.
  Epreuve au bleu négative.
  Biopsie d'endomètre: muqueuse endo-utérine dont le chorion fibroblastiq
  légèrement inflammatoire entoure des glandes rectilignes dépourvues de produits de secrétion. Un prélèvement de la région isthmique et endo-cervicale est hyperplasique et polypoïde.

• Observation n° 63 -

Madame G...., 26 ans, mariée depuis 3 ans, consulte en Juin 1967 pour stérilité secondaire et douleurs hypogastriques tenaces.

- Antécédents: Premières règles à 13 ans. Cycles 33 jours/4 jours.
  Deux fausses couches provoquées de 2 mois, curetées, en 1964.
- Hystérosalpingographie: hydrosalpinx bilatéral.
- Coelioscopie (Juin 1967): uterus latéro-dévié à gauche.
  Les 2 trompes sont pathologiques, sièges d'un hydrosalpinx modéré, surtout à gauche. A droite, le pavillon présente quelques franges agglutinées. A gauche, le pavillon n'est pas vu car recouvert d'adhérences.
  Les adhérences cloisonnent presque tout le petit bassin. Elles sont de type ancien mais quelques adhérences ont un aspect rougeâtre, saignant si on essaie de les liberer. Les ovaires ne sont pas vus.
  Perforation du fond utérin par l'hysteromètre au cours des manoeuvres de mobilisation utérine. Le point de perforation ne saigne pas.
  Pas d'épreuve au bleu en raison de cet incident.

° Observation n° 64 -

Mme M..., 29 ans, mariée en 1961, consulte pour stérilité secondaire.

- Antécédents: premières règles à 12 ans. Cycles 28 jours/3 jours.
  Cette patiente avait consulté en 1963 pour stérilité. Une insufflation en Octobre 1963 montrait un passage bilatéral et était aussitôt suivie d'une grossesse; mais fausse couche spontanée de 3 mois, non curetée, en Fevrier 1964.
- Examens: test de Hühner négatif.
  Frottis vaginaux : classe II; vaginite et exocervicite à trichomonas.
  Dosages hormonaux normaux.
- Insufflations: (Avril 1966): passage stethacoustique très net à droite beaucoup moins net à gauche.
  (Mai 1966) : à gauche leger passage; à droite pas de passage.
- Coelioscopie (Novembre 1966): un peu de sang rouge est aspiré par l'aiguille de Palmer lors de la tentative de creation du pneumo-péritoine. Une deuxième ponction est faite 1 cm plus bas. Un peu de sang dans la cavité rend difficile une bonne vision des organes génitaux. Puis rapidement, une augmentation de l'épanchement intra-péritoneal oblige à invertenir.
- Laparotomie médiane sous-ombélicale : pas de splénomégalie. On retrouve un hématome, sur un point de piqûre bien visible, intéressant 20 cm de grêle mais bonne vitalité de ce dernier.
  On ne retrouve pas le vaisseau qui a saigné et on péritonise par deux points en X au catgut 00.
  L'appareil génital présente : un utérus rétroversé, fixé dans le Dougl par des adhérences. Ovaires, trompes, et pavillons sont normaux.
  Noyau noirâtre en avant du ligament rond droit (à l'histologie: pas d'endométriose).
- Insufflations: trompes permeables.

° Observation n° 65 -

Madame L..., 32 ans, mariée depuis 7 ans, dont 5 ans avec un premier mari, consulte pour sterilite secondaire.

- Antécédents: premières règles à 13 ans. Cycles de 28 jours.
  Une fausse couche provoquée et curetée en 1959.
  Mari: spermogramme normal.
- Examens: courbe thermique diphasique.
  Frottis vaginaux classe II. Vaginite à trichomonas.
  Epreuve de stimulation-freinage: activité surrénale de base normale; tendance hyperplasique de la réponse ovarienne.
  Dosages hormonaux normaux.
  Biopsie de l'endomètre: normale.
  Test de Hühner: positif riche.
- Insufflations: passage bilatéral.
- Hystérosalpingographie: cavité normale; trompe injectée, à gauche. Trompe droite non injectée. Aucun passage péritonéal.
- Coelioscopie (Janvier 1966): Utérus d'aspect normal. Ovaires normaux. Trompe gauche d'aspect moniliforme.
  Epreuve au bleu: dilatation tubaire bilatérale et passage péritonéal à gauche seulement.
- Evolution: dernières règles le 4 Juillet 1966. R.B.G. positive en Août 1966. La patiente est enceinte et proche du terme.

Observation n° 66 -

Madame C..., 36 ans, mariée depuis 6 ans, consulte pour stérilité secondai

- Antécédents: Premières règles à 17 ans. Cycles 28 jours/3-4 jours; fausse couche spontanée de 4 mois, curetée en 1962 en Espagne. Primo infection à l'âge de 21 ans (1950) traitée pendant 6 mois. mari: spermogramme normal.
- Examens: courbe thermique: décalage au 14-15° jour.
  test de Hühner positif
  biopsie d'endomètre: hyperoestrogénie modérée.
- Hystérosalpingographie: trompe droite distendue à son extrêmité externe. Trompe gauche partiellement injectée. Aucune passage péritonéal.
- Coelioscopie: (Mars 1966): Utérus normal avec bride le reliant à la partie moyenne du cul de sac de Douglas. Pas de granulations. A gauche: trompe et ovaire sains. L'ovaire porte des cicatrices de follicules. On ne perçoit pas de pavillon.

A droite: la trompe est succulente. L'ovaire est noyé par des voiles adhérentiels lâches. Pas de pavillon perçu.

- Intervention: (Mars 1966): libération d'adhérences. Les trompes se révèlent être des cordons pleins et fibreux non cathétérisables.
- Conslusion: Stérilité tubaire.

• Observation n° 67 -

Madame O..., 33 ans, mariée depuis 11 ans, consulte en Décembre 1965 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: Une fausse couche provoquée de 4 mois, curetée, en 1956, avec un deuxième curetage 15 jours plus tard.
  Appendicectomie en 1953.
  Mari: spermogramme normal.
- Biopsie d'endomètre: endomètre hyperplasique.
- Hystérographie: 1958: bonne perméabilité tubaire droite exclusivement.
  1965: obturation des deux trompes.
- Coelioscopie: les trompes sont bien visibles dans leur ensemble sauf le pavillon droit. Il existe sur chacune d'elles un exsudat blanchâtre inflammatoire. Adhérences entre trompe droite et coecum.
  Epreuve au bleu: passage à gauche sous une pression élevée mais pas de passage péritonéal à droite.
- Insufflation: passage bilatéral à 30 (après plusieurs séances d'instillation tubaire).

• Observation n° 68 -

Madame G..., 39 ans, mariée depuis 18 ans, consulte pour stérilité secondaire.

- Antécédents: Premières règles à 14 ans. Cycles 28 jours/4 jours.
  Une fausse couche de I mois 1/2 à 18 ans.
  Appendicectomie à 6 ans.
  Mari: spermogramme: oligoasthénospermie.
- Examens: Courbe thermique diphasique
  Frottis vaginaux classe II, cervicite.
  Biopsie d'endomètre: discrète hyperplasie; inoculation au cobaye négative.
  Dosages hormonaux: taux hormonal général très faible.

- Hystérographies: 1963 obstruction tubaire bilatérale avec hydrosalpinx.
  1966 hydrosalpinx bilatéral
- Coelioscopie (Mai 1966): corps utérin normal; petit hydrosalpinx bien visible. L'ensemble des annexes gauches et l'ovaire droit sont cachés par des voiles adhérentiels. Un peu de liquide dans le Douglas.
- Intervention (Juin 1966): stomatoplastie bilatérale
- Insufflation (Juillet) : pas de passage
- Conclusion: Le pronostic paraît très sombre.

. Observation n° 69 -

Mme Z..., 34 ans, mariée depuis 10 ans, consulte en Mai 1966 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: premières règles à 13 ans. Cycles 30 jours/4 jours.
  Une fausse couche provoquée de 3 mois en 1954.
  Episodes douloureux à répétition depuis 1954, localisés à la fosse iliaque droite mais sans fièvre ni leucocytose.
- Examens: Toucher vaginal: petite masse dans le Douglas, postérieure et à droite.
  Test de Hühner excellent
- Hysterographie: oblitération tubaire bilatérale avec distension.
- Coelioscopie (Juillet 1966): Utérus normal.
  A droite: volumineux hydrosalpinx cachant en partie l'ovaire.
  A gauche: volumineux hydrosalpinx au pied duquel on aperçoit un foyer bleuté d'endométriose, qui semble du volume d'une noix et est distinct de l'ovaire. Pas d'adhérences péritonéales.

. Observation n° 70 -

Mme N..., 24 ans, consulte en Juin 1966 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: premières règles à 13 ans. Cycles 26-28 jours/4 jours.
  1958: accouchement d'un garçon.
  Virage de cuti en 1965
  Le mari: a déjà eu un enfant avec une autre femme.
- Examens: Toucher vaginal normal.
  Biopsie d'endomètre: pas de signe d'inflammation spécifique
  Une inoculation au cobaye négative.
  Frottis vaginaux classe II, cervicite.

- Hystérographie: cavité normale mais déviée à droite. Injection tubaire incomplète à droite, totale à gauche. Sur le cliché d'évacuation, image suspendue bilatérale au niveau des pavillons.
- Coelioscopie (Juin 1966): visibilité parfaite. Pelvis très inflammatoire Hydrosalpinx bilatéral; aucun des 2 pavillons n'est vu.
  Epreuve au bleu: pas de passage.

. Observation n° 71 -

Madame M..., 24 ans, ayant des rapports depuis 3 ans, sans prophylaxie consulte en Octobre 1966 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: méningite tuberculeuse à 2 ans 1/2.
  Appendicectomie à 12 ans
  Kystectomie de l'ovaire gauche + ablation de 2 fibromes + G.E.U.gauche Opérée en 1963.
- Examens: Toucher vaginal: utérus dévié à gauche avec cul de sac sensible du côté gauche
  Frottis vaginaux classe II (exocervicite): on fait une électrocoagulation du col.
- Hystérographie: uterus latéro-dévié à gauche et anté-versé.
  trompe droite normale. trompe gauche contournée avec dilatation de l'ampoule. Anomalie utérine avec image de l'isthme (polype ou synechie).
  Passage péritoneal à droite, faible passage à gauche.
- Coelioscopie (Février 1967): uterus de taille normale en position intermédiaire avec cicatrice sur la corne droite et une autre cicatrice sur les 2/3 supérieurs de la face postérieure au niveau de laquelle adhère l'épiploon. Trompe gauche saine mais pavillon mal vu; ovaire normal à gauche.
  A droite: trompe normale, pavillon mal vu. Ovaire un peu gros avec des cicatrices d'ovulation.
  Cul de sac de Douglas sain.

. Observation n° 72 -

Madame C..., 27 ans, mariée en 1961, consulte pour stérilité secondaire.

- Antécedents: Premières règles à 12 ans. Cycles 28-30 jours/3-8 jours.
  Fausse couche spontanée de 2 mois en 1961.
  Appendicectomie à 19 ans (1957)
  Mari: spermogramme normal.

- Examens: Toucher vaginal: Ovaire un peu gros, sensible.
  Frottis vaginaux classe II
  Test de Hühner negatif
  Biopsie d'endomètre: pratiquement normale; inoculation au cobaye negative.
- Hystérographie: aspect chevelu de la region intramurale des 2 trompes.
- Insufflation: pas de passage stethacoustique.
- Coelioscopie (Janvier 1967): utérus et ovaires normaux.
  Trompe droite: dilation ampullaire; pavillon masqué par une adhérence mais les franges ne sont certainement pas normales.
  La trompe gauche est entièrement masquée par des adhérences épiploïques.
- Conclusion: pronostic peu favorable.

. Observation n° 73 -

Madame J... 37 ans, consulte pour sterilite secondaire.

- Antécédents: premières règles à 17 ans; cycles 24 jours/ 162 jours.
  1948: accouchement normal à terme d'un garçon pesant 3,800 kg
  1964: accouchement normal à 8 mois d'un enfant de 2,600 kg, décédé à 20 jours.
  Curetage 6 mois après son dernier accouchement pour métrorragies.
- Examens: hystéromètrie: 7 cm
  Toucher vaginal: tumefaction renittente très sensible dans le Douglas.
  Frottis vaginaux classe II, vaginite et cervicite.
- Hysterosalpingographie: obturation tubaire droite. Passage péritonéal probable à gauche. Image de synéchie isthmique.
- Coelioscopie: (Janvier 1967): à gauche: trompe saine dans les 2/3 internes de son trajet. Nombreuses adherences.
  Epreuve au bleu: pas de passage peritonéal.
  Séquelles de pelvipéritonite plastique avec obturation tubaire due à de adherences et ovarite sclero-kystique.
- Conclusion: on propose une libération aux bougies d'éventuelles synechies; une salpingectomie droite et une plastie de la trompe gauche avec libération de l'ovaire.

. Observation n° 74 -

Madame C..., 32 ans, mariée en 1957, avec un deuxième procréateur, consulte en Février 1967 pour stérilité secondaire.

- Antécédents: Premières règles à 14 ans. Cycles 30-32 jours/5 jours.
  Appendicectomie en 1962
  En 1956: accouchement normal à terme d'un garçon pesant 2,800 Kg (avec un premier procréateur).
- Examens: Toucher vaginal: petit utérus antéversé
  Test de Hühner positif
  Courbe thermique diphasique
- Hystérographie: hydrosalpinx bilatéral avec obturation tubaire bilatéra au niveau des pavillons.
- Coelioscopie: (Février 1967): utérus normal; petit myome sur sa face intérieure. Liquide séreux dans le Douglas. Pas de granulations ni d'adhérences. Pas d'aspect d'endométriose. Ovaires normaux.
  La trompe gauche présente au niveau de la portion ampullaire de petits kystes. Pas de pavillon visible.
  La trompe droite est d'aspect subnormal mais pas de pavillon.
  Aucune frange.
  Epreuve au bleu: excellent passage à gauche; la trompe droite n'est mêm pas distendue.
- Conclusion: la trompe gauche pourrait peut être se prêter à une plastie

. Observation n° 75 -

Madame J..., 32 ans, mariée en 1961, consulte pour stérilité secondaire.

- Antécédents: Premières règles à 14 ans. Cycles 27-28 jours/2-4 jours.
  Deux fausses couches provoquées en 1956, non curetées (avec un premier procréateur).
  Mari: spermogramme: oligoasthénospermie rebelle au traitement.
- Examens: test de Hühner négatif
  Courbe thermique: décalage le 17° jour
- Insufflation: mauvaise courbe
- Hystérographie: petite image de l'endocol. Trompes perméables mais rétention à droite et faible passage à gauche.

- Coelioscopie (Mars 1967): utérus de taille normale, légèrement rétroversé, avec un myome de la taille d'une amande sur la face postérieure de la corne droite.
  Trompe droite perméable au bleu avec retard et dilatation au niveau de l'ampoule. Ovaire droit de taille normale, un peu fioclé [illegible], amarré au ligament large par 2 ou 3 adherences du pôle inférieur.
  Trompe gauche obturée; le tiers externe disparaît sous le sigmoïde qui paraît adhérer à la trompe. L'ovaire gauche est d'aspect scléreux.
  Cul de sac de Douglas libre. Pas de signe d'endométriose ni de tuberculose.

o
ooo
o

COMMENTAIRES

I- ETUDE STATISTIQUE.

§ - Parmi les 75 observations étudiées dans ce travail, nous relevons 45 coelioscopies pour stérilité primaire et 30 pour stérilité secondaire. Nous avons trouvé:

1) 5 fois une coelioscopie normale.

2) des anomalies tubaires:

a) obstructions tubaires:

. 15 cas d'obstruction tubaire bilatérale (dans tous ces cas, l'épreuve au bleu s'est avérée négative).
Parmi ces observations, nous avons retrouvé 3 fois une image de tuberculose génitale à la coelioscopie (6 - 18 - 62),
3 hydrosalpinx bilatéraux (6 - 20 - 70),
1 hydrosalpinx unilatéral (40),
2 fois, l'ovaire était indissociable de l'hydrosalpinx;
1 fois même, la coelioscopie a fait parler de kyste de l'ovaire alors qu'il s'agissait en réalité d'un hydrosalpinx englobant l'ovaire (23).

. 13 cas d'obstruction tubaire unilatérale dont:
1 cas de tuberculose génitale (28)
1 hydrosalpinx bilatéral (20) et
2 hydrosalpinx unilatéraux (53-54).

b) Hydrosalpinx.

. 12 hydrosalpinx bilatéraux dont 2 cas de tuberculose génitale à la coelioscopie (6-8)

. 7 hydrosalpinx unilatéraux dont 1 cas de salpingite chronique (17)

N-B. Les chiffres entre parenthèses permettent de se reporter aux observations.

3) Des anomalies utérines:

a) 3 cas de malformation utérine.

- 1 fois la coelioscopie n'a pas confirmé la malformation utérine (utérus bicorne) évoquée à l'hystérographie (26).
- Dans 1 cas, la coelioscopie a rectifié le diagnostic d'utérus unicorne posé à la radio, en nous montrant un utérus bicorne (27)
- Dans le dernier cas, nous avons mis en évidence un utérus didelphe asymétrique (57).

b) Nous avons relevé la présence de myomes isolés ou multiples dans 6 observations.

- Dans 1 cas, nous avons noté une insertion asymétrique et abaissée d'un ligament rond qui pouvait faire penser à un myome intramural (19).
- La coelioscopie a encore montré 3 cas de myome de la corne (43 - 44 - 75).
- Enfin la coelioscopie a mis en évidence, chez une patiente, un utérus complètement déformé par de nombreux myomes (58).

4) Des anomalies ovariennes:

- Nous avons retrouvé 4 cas d'ovaires blancs, lisses, augmentés de volume, évoquant un syndrome de Stein-Loventhal (7-12-26-41).
- 2 ovarites scléro-kystiques (9 - 73).
- 1 cas d'ovaires polykystiques (44).
- 1 kyste de l'ovaire unilatéral (29)
- Enfin des ovaires atrophiques (l'un grisâtre de la taille d'une lentille, l'autre en bandelette blanchâtre, boursoufflé) dans un cas de tuberculose génitale (14).

5) Une tuberculose génitale:

- Nous avons retrouvé 7 fois une image typique de tuberculose génitale (la coelioscopie confirmant 6 fois sur 7 le diagnostic évoqué à l'hystérographie).
- 1 fois seulement (43) la coelioscopie a mis en évidence un aspect de bacillose génitale que l'hystérographie n'avait pas nettement révélé.
- Dans 2 autres cas, par contre, (24 - 30) la coelioscopie n'a pas montré l'aspect caractéristique auquel on pouvait s'attendre d'après la radio.

6) Des adhérences:

Nous avons vu des adhérences lors de 33 coelioscopies:

- Adhérences unilatérales (15 cas)
- Adhérences bilatérales (15 cas)
- Adhérences très étendues: 3 cas seulement (11 - 63 - 73).

7) Une endométriose:

Dans 2 cas, nous avons retrouvé à la coelioscopie un aspect d'endométriose.

- Dans le premier cas (22) on notait la présence de petits points bleutés à l'origine des 2 utéro-sacrés. On avait d'ailleurs évoqué ce diagnostic car la patiente se plaignait de douleurs du cul de sac droit cédant sous Metrulène.
- Dans le deuxième cas (69), nous avons retrouvé à la coelioscopie un foyer bleuté caractéristique, du volume d'une noix. La patiente, là encore, se plaignait d'épisodes douloureux à répétition.

§- Nous avons réalisé 2 fois une <u>biopsie ovarienne lors de la coelioscopie</u>

- Dans le premier cas, il s'agissait d'une ovarite sclérо-kystique (9)
- Dans l'autre cas, l'histologie montrait un stroma dense avec de nombreux ovules immatures, sans follicule ni corps jaune, ni cicatrice de corps jaune, évoquant un syndrome de Stein-Leventhal.

§- <u>Incidents lors de la coelioscopie</u>.

Nous avons eu à noter 2 incidents:

- L'un mineur (63); perforation du fond utérin par hystéromètre au cours des manoeuvres de mobilisation utérine, nous interdisant l'épreuve au bleu.
- L'autre, plus grave, et nous obligeant à intervenir d'emblée (64): blessure d'un vaisseau du grêle lors de la tentative de création du pneumo-péritoine.

§- Interventions.

La coelioscopie a permis d'éviter nombre de laparotomies inutiles mais aussi d'orienter la thérapeutique.
Ainsi la coelioscopie a été suivie d'intervention dans 17 cas.
Une libération d'adhérences a été réalisée 8 fois, soit seule (1 - 66), soit associée à une plastie tubaire (3-40-50), à une myomectomie (33) ou encore à une annexectomie unilatérale (11 - 14).
Parmi les autres interventions, on compte 3 plasties tubaires bilatérales (2 - 23 - 68), une annexectomie unilatérale (52), une annexectomie bilatérale (17), et 2 myomectomies (29 - 58).
Enfin à part, une amputation conique du col utérin pour dysplasie (48) et une laparotomie exploratrice pour incident hémorragique survenu au cours de la coelioscopie (64).

§- Grossesses -

Nous avons eu 3 cas de grossesses connues dans les suites de nos coelioscopies pour stérilité.

- Une fois (5) chez une femme qui avait consulté pour stérilité primaire et chez qui on avait institué un blocage de 2 mois par Lyndiol, un semestre après la coelioscopie (accouchement en Aout 196
- Dans un autre cas (35), début de grossesse aussitôt après la coelioscopie mais fausse couche spontanée de 2 mois par insuffisance hormonale.
- Enfin, dans un dernier cas, (65) debut de grossesse 6 mois après la coelioscopie pour stérilité secondaire (accouchement en Avril 1967).

o°o

II- ETUDE COMPARATIVE -

Nous avons analysé les resultats obtenus par l'hystérosalpingographie et l'insufflation utero-tubaire en les confrontant avec ceux donnés par la coelioscopie.

- Nous avons realisé 66 fois une hystérosalpingographie, soit avant la coelioscopie (dans la plupart des cas) soit après celle-ci.
  Nous avons eu:
  . 28 obturations tubaires bilatérales, et
  . 10 obturations tubaires unilatérales;
  . Mais dans bien d'autres cas, le passage peritonéal était douteux et nous ne pouvions conclure formellement.
  . Enfin, 8 fois, le passage peritonéal était bilatéral.
- Nous avons fait 22 insufflations (avant la coelioscopie) qui nous ont montré :
  . 15 obstructions tubaires bilatérales et
  . 2 obstructions tubaires unilatérales.
- Nous avons pratiqué 50 fois l'épreuve au bleu de méthylène au cours de la coelioscopie. Nous avons trouvé:
  . 15 obturations tubaires bilaterales
  . 14 obturations tubaires unilatérales.
  . Dans 1 cas, le passage du bleu ne s'est fait qu'après un certain temps de latence.
  . Dans 2 cas enfin, le passage etait certain d'un côté mais douteux de l'autre.

Dans 35 cas, la coelioscopie est venue confirmer le diagnostic déjà évoqué par l'hystérographie.
Dans 25 cas, au contraire, les resultats de la coelioscopie sont en desaccord avec ceux de la radiographie et de l'insufflation. Nous avons retrouvé 17 fois des résultats différents à l'hystérographie et à l'épreuve au bleu.
En effet, dans de nombreuses observations, alors que l'hystérographie nous faisait parler d'absence de passage péritonéal, l'épreuve au bleu nous montrait un passage unilatéral dans 11 cas, parfois même bilatéral, dans 4 cas (12 - 19 - 43 - 55).

Une fois au contraire, l'épreuve au bleu n'a été positive que d'un seul côté alors que l'hystérographie montrait une perméabilité tubaire bilatérale (3).

Dans les autres cas, nous n'avons pas toujours pu conclure faute d'éléments suffisants: parfois l'hystérographie était contre-indiquée ou refusée par la patiente, parfois l'épreuve au bleu n'a pas été pratiquée à cause d'un risque infectieux.

A maintes reprises la coelioscopie est venue nous apporter des éléments nouveaux de diagnostic, mettant en évidence des myomes insoupçonnés à l'hystérographie, précisant une malformation utérine évoquée à la radio, découvrant des granulations jaunâtres typiques de tuberculose là où les clichés étaient normaux, nous montrant enfin l'aspect des ovaires, ce que ne pouvait faire l'hystérographie.

Seule la coelioscopie nous montre l'aspect extérieur des trompes (moniliformes, succulentes, couvertes de granulations ou d'exsudats), nous faisant mieux comprendre les causes d'une obturation tubaire constatée radiologiquement.

Quant à l'insufflation pratiquée en dehors de la coelioscopie, les résultats semblent rarement en accord avec ceux obtenus lors de l'épreuve au bleu. En effet, sur 15 cas étudiés, nous ne relevons que 5 résultats concordant dans les 2 épreuves, dont 2 cas de perméabilité tubaire bilatérale (5 - 12) et 3 obstructions tubaires bilatérales (2 - 22 - 30) Deux d'entre elles sont en accord avec le résultat de l'hystérographie (2 - 30 -)

Parmi les 10 autres cas, nous notons 8 fois une sténose complète à l'insufflation alors que l'épreuve au bleu montre un passage péritonéal bilatéral dans 2 cas (4 - 19) et unilatéral dans 6 cas (6-16-46-52-58-75). Enfin, 2 fois encore, nous observons une discordance entre l'insufflation et épreuve au bleu: une courbe de passage nette à l'insufflation est en désaccord avec une absence de diffusion péritonéale du bleu partielle (65) ou totale (31).

o°o

CONCLUSION

Nous avons etudié 75 coelioscopies faites au cours d'un bilan pour sterilité.

- 45 fois la coelioscopie a été faite pour une sterilité primaire
- 30 fois pour une stérilité secondaire.

Nous avons relevé:

- 5 fois seulement une coelioscopie normale
- 28 fois une obstruction tubaire uni ou bilatérale qui pouvait expliquer la stérilité.
- 3 fois une malformation utérine congénitale et 6 fois la présence de myomes isolés ou multiples dont certains, par leur localisation à la corne utérine, pouvaient être un facteur de stérilité.
- 9 fois une anomalie ovarienne (syndrome de Stein-Loventhal, ovarite scléro-kystique, kyste de l'ovaire...).
- 7 fois une tuberculose génitale.
- 2 fois une endometriose, déjà soupçonnée par la clinique,
- Enfin 33 fois des adhérences du petit bassin.

La coelioscopie a encore permis dans de nombreux cas de juger des possibilités therapeutiques. Elle a eu pour consequences:

- Un traitement chirurgical dans 15 cas (par plastie tubaire uni ou bilatérale, myomectomie, liberation d'adhérences....)
- Un traitement médical dans les cas de tuberculose génitale ou d'endométriose.
- L'abstention enfin, dans certains cas où les lésions, par leur importance, interdisaient toute cure chirurgicale.

La coelioscopie tient donc un rôle très important dans l'étude de la stérilité feminine.

En effet, si elle ne resoud pas toujours le problème étiologique, elle occupe une place croissante dans le diagnostic et le traitement de la stérilité car elle a le grand merite de nous donner des renseignements qui, sans elle, n'auraient pu être fournis que par une laparotomie exploratrice.

La coelioscopie trouve actuellement sa place parmi les examens complémentaires couramment pratiqués dans l'étude de la stérilité (et en particulier hystérosalpingographie et insufflation utéro-tubaire) qu'elle ne remplace pas mais, bien au contraire, complète.

Car seule la coelioscopie nous montre l'aspect des trompes et des ovaires, l'état des pavillons tubaires. Elle nous fait parfois découvrir l'importance et la disposition des adhérences, une endométriose ou une tuberculose génitale insoupçonnée.

Associée à l'épreuve au bleu, la coelioscopie met en évidence la perméabilité ou l'obturation tubaire.

Utilisant une deuxième porte d'entrée abdominale, elle permet dans certains cas une biopsie ovarienne.

Enfin, la coelioscopie juge les possibilités éventuelles d'une thérapeutique chirurgicale ou médicale de la stérilité. Elle devrait donc toujours précéder les interventions que l'on peut envisager dans les stérilités tubaires car elle permet d'éviter des laparotomies inutiles.

°°°

VU, LE PRESIDENT DE THESE

Professeur F. LEPAGE

VU, LE DOYEN DE LA FACULTÉ

G. BROUET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ALEXIS Jean.
La coelioscopie gynécologique.
Thèse Toulouse 1962 n° 43

ASSANI L.
Stérilité féminine. Moyens d'exploration,
Traitements, résultats statistiques
Thèse Bordeaux 1962, n° 146.

AUCLAIR J.M.
Indications et limites de la coelioscopie
"La Clinique" Tome 57 n° 575 Octobre 1962

BENETEAU M.
La coelioscopie dans le diagnostic de la stérilité rebelle
Thèse Bordeaux 1964 n° 98

Chambraud R.
Intérêt de la coelioscopie dans la stérilité
conjugale involontaire.
Gaz.Med.de France. 1963 - n° 70

CHARTIER M.
& CORNU Cl.
Chirurgie tubaire et stérilité
Rev.Fr.Gyn.Obst. 62, n° 1 - 1967

CHARTIER M.
& Coll.
Interêt de la coelioscopie dans l'endométriose
Rev.Immex.Nov. 1965

COHEN I. J.
De quelques causes et conséquences
de la sterilité féminine.
Thèse Paris 1958 n° 282

DALSACE J.
La stérilité (Que sais-je?)n° 961)
Paris P.U.F. 1962

FELDMAN J.P.
Contribution à l'étude de la coelioscopie
Utilisation de la voie sus-pubienne-
Resultats de 593 observations.
Thèse Paris 1967,(faite dans le Service du Pr.Lepage)

FOURNIE P.
Technique et indications de la coelioscopie.
Thèse Paris 1966

FUNCK BRENTANO P.
& Coll.
Stérilité féminine, masculine
Paris Masson Ed. 1954

MEHDINEJAD N.
La coelioscopie dans la stérilité.
(Mémoire) Paris 1963, volume 212 n° 11

MONTALEGRE J.
Contribution à l'etude de la coelioscopie
Thèse Toulouse 1956 n° 43

OLIVEIRA H.
Le bleu de Méthylène suivi de l'insufflation utéro-tubaire pendant les coelioscopies. Ses possibilités dans l'étude des cas de stérilité féminine de cause tubaire.
(Mémoire) Paris 1961 - Vol.195 n° 64

PALMER R.
La coelioscopie gynécologique.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Gynécologie)

PALMER R.
La coelioscopie dans la sterilité
"La stérilité involontaire"
Masson Ed. Paris 1950.

PALMER R.
Les explorations fonctionnelles gynécologiques dans la stérilité.
Masson Ed. Paris 1963.

PAUPHILET
La stérilité conjugale à la clinique Obst. et Gyn. de la Fac. de Méd. de Paris (de 1951 à 1961 à la Maternité de Port-Royal).
Thèse Paris 1964 n° 83

RAAD J.
L'hydrotubation kymographique au cours de la coelioscopie. Valeur dans l'exploration de la fonction tubaire.
(Mémoire) Paris 1965 Vol. 245 n° 94

RIVIERE M.
CHARTRUSSE L.
& Coll.
Notre expérience de la coelioscopie.
Bull.Fed.Gyn. et Obst.Tome 16 n° 4. 1964

THOYER-ROZAT J.
La coelioscopie
Masson Ed. 1962

THOYER-ROZAT J.
Indication de la coelioscopie gynécologique
Revue du Praticien Tome XV n° 34

°
° °
°